

N° DOSSIER patient :

Profession : .....

### HISTORIQUE MEDICAL

- Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui  Non

- Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs                 | <input type="checkbox"/> Maladie du foie             | <input type="checkbox"/> Prothèses (autre que dentaire) |
| <input type="checkbox"/> Asthme                          | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux           | <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac            |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques             | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne                 |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique            | <input type="checkbox"/> Maladie du sang             | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV             |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux             | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes        | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées             |
| <input type="checkbox"/> Diabète                         | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements)        | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges             |
| <input type="checkbox"/> Glaucome                        | <input type="checkbox"/> Pacemaker                   | <input type="checkbox"/> Thyroïde                       |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C              | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance      | <input type="checkbox"/> Troubles des reins             |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires     | <input type="checkbox"/> Autres maladies : .....        |

- Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui  Non

- Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui  Non

• Si oui, lesquels : .....

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique                      | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine      | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone      |
| <input type="checkbox"/> Insuline      | <input type="checkbox"/> Autres : .....                        |   |

- Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui  Non

• Si oui, lesquels : .....

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés   | <input type="checkbox"/> Latex         |
| <input type="checkbox"/> Métal                               | <input type="checkbox"/> Antibiotique               | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine      | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine       |

- Etes-vous fumeur ? Oui  Non

- Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui  Non

• Si oui, de combien de mois : .....

- Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui  Non

- Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ? Oui  Non

- Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ?

Hormones  Œstrogènes  Biphosphonates

Quel est le motif de votre consultation ce jour ?

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Etabli à

le / /

SIGNATURE :