



Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire santé :

☞ Avez-vous eu des problèmes : (merci de cocher dans la case de droite)

Cardiaques	Infarctus	
	Troubles du rythme	
	Rhumatisme articulaire	
	Hypertension	
Hématologiques	Anomalie du bilan sanguin	
	Troubles de la coagulation	
	Prise d'anticoagulants	
Allergies	Pénicillines	
	Anesthésiques	
	Autres:	
Respiratoires	Asthme	
	Bronchite chronique	
Digestifs	Hépatite	
	Ulcère	
	Hyposalivation	
Rénaux	Insuffisance rénale	
Métabolique	Diabète	
	Troubles hormonaux	
	Troubles thyroïdiens	
ORL – Ophtalmologiques	Sinusite	
	Yeux	
	Oreilles	
Neurologiques	Maux de tête	
	Perte de connaissance	
Infectieux	Maladie transmissible	
	Maladie de longue durée	
Autres	Dépression	
	Grossesse (nombre de mois : __ )	

Prenez-vous des médicaments ? Si oui lesquels ?

Pour les patients atteints d'ostéoporose indiquez votre traitement:

Avez-vous été soigné par radiothérapie ou chimiothérapie ?

Avez-vous eu des problèmes particuliers lors de soins dentaires précédents?

Si oui lesquels ?

Date et signature