Dr Roman Tourolle
Chirurgien - Dentiste

18 bis route de Dijon 21121 Ahuy
Clinique Bénigne Joly 21240 Talant
03 80 23 89 88
dr.romantourolle@gmail.com

Questionnaire Médical

☐ Mme ☐ Mr ☐ Enfant
Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___ Téléphone : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse email : _____@_____._____
N° de sécurité sociale : _____
Dentiste traitant : _____
Médecin traitant : _____

Prenez-vous des médicaments régulièrement ?
☐ Oui ☐ Non si oui, lesquels ? : _____
Avez-vous des allergies connues ?
☐ Oui ☐ Non si oui, la(les)quel(les) ? : _____
En cas de blessures ou d'extractions dentaires avez-vous remarqué un saignement important ?
☐ Oui ☐ Non

Souffrez-vous ou avez-vous eu un des problème(s) de santé cité(s) ci-dessous :

Cœur (infarctus, Angine de poitrine	☐ Oui ☐ Non	Foie (ex : ictère)	☐ Oui ☐ Non
Hypertension	☐ Oui ☐ Non	Migraine	☐ Oui ☐ Non
Hypotension	☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme	☐ Oui ☐ Non
Accident vasculaire cérébral	☐ Oui ☐ Non	Asthme	☐ Oui ☐ Non
Anémie	☐ Oui ☐ Non	Nerf (douleurs neuropathiques)	☐ Oui ☐ Non
Rein (insuffisance)	☐ Oui ☐ Non	Convulsions	☐ Oui ☐ Non
Diabète	☐ Oui ☐ Non	Thyroïde	☐ Oui ☐ Non
Maladie infectieuse	☐ Oui ☐ Non	Ostéoporose	☐ Oui ☐ Non
Tuberculose, Hépatite, Sida	☐ Oui ☐ Non	Médication avec biphosphonates	☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une autre maladie ?
☐ Oui ☐ Non, si oui
laquelle :_____
Avez-vous eu au cours de votre vie une maladie type cancer ?
☐ Oui ☐ Non, si oui de quel type ? :
_____
Traité par ☐ Chimiothérapie ☐ Radiothérapie ☐ Chirurgie

Fumez-vous ? ☐ Oui ☐ Non, si oui combien par jours ? __/jrs depuis combien de temps ? :
_____

Êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? ☐ Oui ☐ Non

Motif de consultation :
_____

Questionnaire rempli le : / /
Signature