

Mme Melle Mr Nom :Date de naissance :/...../.....

Prénom :N° de AVS :

Profession :Mail :

Adresse :Tel :

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant :

A quand remonte votre dernier examen médical :

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 dentaires) | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèse(autres que |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <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"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Autres maladies : |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?

Oui Non

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"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <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

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

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

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

.....
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. Genève, le / /

Signature du praticien

Signature du patient (ou tuteur légal)