

INFORMATIONS ODONTOLOGIQUES

Date du dernier examen dentaire :

Avez-vous eu un examen radiologique complet de vos dents depuis moins de deux ans :

Vos dents sont-elles sensibles au froid ? au chaud, aux sucres ? à la mastication ?

Vos gencives saignent-elles au brossage ?

A quels moments brossez-vous les dents ?

Quel type de brosse à dent utilisez-vous ?

Quel dentifrice ?

AUTRES INFORMATIONS (dents mobiles ou déchaussées, impression de mauvaise haleine, de mauvais goût au réveil, difficulté avec la prothèse, **tabac**, etc.)

**Fait le
Signature**

Pour la tenue de votre dossier, j'utilise un support informatisé, protégé selon les normes de sécurité en vigueur. La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 vous donne un droit d'accès et de rectification. N'hésitez pas à m'en parler.

FICHE D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom		Prénom(s)
Nom de jeune fille		
Adresse		Ville
		Code postal
Date de naissance		Profession
N° SS		Courriel
Tél. (domicile)	Tél. (travail)	
		Tél. (portable)
Caisse de sécurité sociale		Mutuelle
Souhaitez-vous préciser un mode de règlement particulier ?	Carte bancaire	Etes-vous adressé par un praticien, une connaissance?
	Chèque bancaire ou postal	
	Espèces	
	C.M.U.	

INFORMATIONS MÉDICALES

Êtes-vous atteint (ou l'avez vous été) de l'une des affections suivantes:

Dates, traitements, interventions, remarques...

CARDIAQUES (souffle cardiaque, angine de poitrine, infarctus, hypertension, athérosclérose...)

RESPIRATOIRES (bronchite chronique,...)

ALLERGIQUES (asthme, allergies aux anesthésiques, aux antibiotiques, à l'aspirine, à certains aliments,...)

DIGESTIVES (nausées et vomissements, brûlures d'estomac, ulcère,...)

SANGUINES (traitement anticoagulant, hémophilie, saignement fréquent et prolongé,...)

VIRALES (hépatite virale A, B, C, HIV,...)

NERVEUSES (perte de connaissance, malaise, état dépressif, épilepsie,...)

Êtes-vous atteint (ou l'avez-vous été) de l'une des affections suivantes:

Dates, traitements, interventions, remarques...

HORMONALES (diabète, problèmes thyroïdiens,...)

Traitement par rayons X

AUTRES INFORMATIONS

grossesse, contre-indication aux anti-inflammatoires (contraception,...)

*Votre médecin traitant:
Tél:*

Date du dernier examen médical:

Date du dernier bilan sanguin

👉 Pensez à m'informer de tout changement de votre état de santé, lors de vos prochains rendez-vous.