



HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE **Adulte** (Document confidentiel)

Nom Prénom

Date de naissance/...../..... n° Sécurité Sociale

Caisse de SS (CPAM, etc...)

Adresse

Ville Code postal

Tél portable.....Tél fixe/professionnel

Adresse mail.....

Profession

Mutuelle (fournir l'attestation à jour)

Si Complémentaire Santé Solidaire (CSS) merci de fournir l'attestation à jour

HISTORIQUE MÉDICAL

Nom du médecin traitant Lieu d'exercice

Avez-vous des problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Souffrez-vous d'une ALD (Affection Longue Durée) ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous bénéficié d'une opération chirurgicale ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

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

Si oui, lesquels ?

Prenez-vous des médicaments qui fluidifient le sang ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Avez-vous des problèmes cardiaques ? Oui Non

Si oui, de quel type ?

Etes-vous atteint d'une maladie infectueuse ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Etes-vous fumeur ? Oui Non

Nombre de cigarettes par jour ?

Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Etes-vous ou avez-vous été traité pour un cancer ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Radiothérapie ? Oui Non

Chimiothérapie ? Oui Non

Pour les femmes : Etes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitement ? Oui Non

Autres remarques ?

Autorisation d'accéder à votre DMP (Dossier Médical Partagé) ? Oui Non

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernière consultation dentaire ?

Quel est le motif de la consultation d'aujourd'hui ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout / un peu / moyennement / beaucoup

Merci de votre collaboration.

J'atteste de l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis.

Je signalerai toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Fait à PIREY, le / / 20.....

Signature :