

FICHE PERSONNELLE NOUVEAU PATIENT



ETAT CIVIL

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° tél domicile : N° tél portable :

Numéro de sécurité sociale :

Adhérez-vous à une mutuelle ? * OUI NON si oui laquelle.....

Bénéficiez-vous de la CMU ? * OUI NON

Référent (ami, famille, médecin, pages jaunes, proximité...)

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Très important pour prévenir toutes complications chirurgicales, les interactions médicamenteuses et les allergies éventuelles.

1) Présentez-vous l'une des pathologies suivantes : *

> troubles cardiaques.....

> diabète.....

> asthme.....

> allergie connue :

> Allergie lors des précédents soins dentaires :

> HIV, hépatite A,B,C.....

> Autres.....

2) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale récente ? * OUI NON

Si oui laquelle ?

.....

.....

3) Prenez-vous des médicaments régulièrement ? * OUI NON

Si oui lesquels ?

.....

4) Prenez-vous des anticoagulants ? * OUI NON

5) Prenez-vous des biphosphonates ? * OUI NON

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

1) Etes-vous fumeur ? * OUI NON

2) Etes-vous enceinte ? * OUI NON

3) Autres :

* (rayer la mention inutile)