

Clinique Dentaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin

21 rue de Genève
 67000 STRASBOURG
 Tél : 03.88.76.86.66
 N° FINESS : 670781749

Nom :	Prénom :	Né le :
Adresse :	CP :	Ville :
Profession :	Tél :	Port :
N° dossier :	N° S.S :	Mail :

Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments pouvant être dangereux, de connaître les éventuelles contre-indications aux anesthésies locales au loco régionales et de prévenir tout risque de complication lié à vos antécédents médicaux.

Médecin traitant : **Tél 1 :**

Adresse : **Tél 2 :**

Prenez-vous des médicaments de façon suivie ? OUI NON

Si oui, précisez lesquels et quelle posologie :

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? OUI /si oui Précisez NON

Avez-vous une ou plusieurs affections de la liste suivante ?

Pathologie cardio-vasculaire	Pathologie hépatique	Allergies
Angine de poitrine	Cirrhose hépatique	Allergie aux pénicillines
Affection valvulaire	Hépatite B	Allergie à l'aspirine
Chirurgie cardiaque	Hépatite C	Allergie au latex
Endocardite	Insuffisance hépatique	Allergie à l'ibuprofène
Infarctus du myocarde	Maladies infectieuses	Allergie au paracétamol
Insuffisance cardiaque	Infection grave	Allergie aux anesthésiques
Malformation cardiaque	Tuberculose	Autres allergies
Pace maker	Sérologie HIV positive	Pathologies respiratoires
Troubles du rythme	Rhumatisme articulaire aigu	Bronchite chronique
Hypertension artérielle	Autre :	Insuffisance respiratoire
Accident vasculo-cérébral	Pathologie sanguine	Asthme
Pathologie rénale	Troubles circulatoires	Autres
Dialyse rénale	Troubles hémorragiques	Traitement par irradiation
Insuffisance rénale	Hémophilie	Chimiothérapie
Pathologie endocrinienne	Saignez-vous beaucoup après une coupure ?	Ulcère gastro duodéal
Diabète insulino-dépendant	Anticoagulant	Glaucome
Diabète non insulino-dépendant	Date du dernier INR	Tabacologie
Diabète équilibré	Troubles neurologiques	Nombre de cigarettes par jours
<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Crise de tétanie / spasmophilie	Prothèse articulaire
Troubles métaboliques	Epilepsie / convulsions	Genou
Hyperthyroïdie	Dépression	Hanche
Surrénale	Pertes de connaissance	Biphosphonates
		<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

Pour les femmes, grossesse éventuelle : OUI NON Date d'accouchement :

avez-vous eu ou déjà eu des complications suite à des soins dentaires ?

Problèmes liés à l'anesthésie : OUI NON

Problèmes de saignement : OUI NON

Pertes de connaissance : OUI NON

J'atteste l'exactitude de ces informations. Je m'engage à informer sans délai mon praticien de toute modification de mon état de santé ou de mes prescriptions médicales.

Date :

Signature du praticien :

Signature du patient :