



DR. NATHANIEL TEMSTET

CHIRURGIEN DENTISTE SPÉCIALISÉ
EN IMPLANTOLOGIE ET ESTHÉTIQUE DU SOURIRE

N° ADELI : 754712347

QUESTIONNAIRE MEDICAL

(CES INFORMATIONS SONT ET RESTERONT CONFIDENTIELLES)

NOM, Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Mail : _____ Instagram : _____

Date de naissance: ____/____/____ Age : _____

Profession : _____

Date du dernier examen dentaire : ____/____/____

Motif de la consultation : _____

Avez-vous de la fièvre (>37°), un rhume, de la toux, une perte d'odorat, des douleurs musculaires, des troubles respiratoires ou un mal à la tête depuis peu : _____

Avez-vous récemment été en contact avec des personnes ayant ces symptômes ? OUI NON

Avez-vous fait un dépistage par écouvillon ou sérologique COVID 19 et quel en est le résultat ? _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV | <input type="checkbox"/> Vertiges ... |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaques, Pacemaker | <input type="checkbox"/> Maladie du foie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Troubles ORL, Sinusites | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme Art. Aigu | <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | |

Prenez vous des médicaments en ce moment ? OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? OUI NON

Si oui lesquels : _____

Êtes-vous fumeur ? OUI NON

Si oui, le nombre de cigarette par jour : _____

Prenez vous ou avez-vous pris un traitement contre l'ostéoporose ? OUI NON

Si oui, quel type de médicaments prenez vous ?

Hormones Œstrogènes Biphosphonates

Êtes-vous actuellement sous traitement anticoagulant ? (Préviscan, Arixta, Hépatrine, Lovenox etc) OUI NON

Avez-vous tendance à saigner facilement ou faire des hématomes ? OUI NON

Saignez-vous beaucoup après une coupure ou piqure ? OUI NON

Madame, êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être (Si oui, combien de mois) ? _____

RENSEIGNEMENTS DENTAIRES

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? OUI NON

Vos gencives saignent-elles après le brossage des dents, voire spontanément ? OUI NON

DENTS

Avez-vous des dents sensibles :

Au chaud/froid Au sucre Aux acides A la mastication

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? OUI NON

Vos dents de sagesse sont-elles extraites ? OUI NON

MACHOIRES

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? OUI NON

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? OUI NON

Avez-vous des difficultés à avaler ou à mâcher ? OUI NON

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

ESTHETIQUE

Êtes-vous satisfait de votre sourire ? OUI NON

- Couleur des dents : OUI NON

- Forme des dents : OUI NON

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Êtes-vous envoyé par un dentiste ou une autre personne ? OUI NON

Si oui, merci de préciser qui : _____

Comment avez-vous connu le cabinet ? _____

Dans le cadre de nos exercices professionnels, nous autorisez-vous à prendre et utiliser des photos intra-buccales ? OUI NON

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et de mes prescriptions médicales.

Merci de votre collaboration.

Fait à Paris, le ____ / ____ / ____

Signature :