



Questionnaire Médical Patient

Cabinet Dentaire Dr Lamjed Ben Ghorbel – Dental Art Harmony

Nom	_____
Prénom	_____
Date de naissance	_____
Adresse	_____
Téléphone	_____
Email	_____
Profession	_____
Adressé par	_____

1. Valve cardiaque artificielle, endocardite ou malformation cardiaque ?	Oui	Non	Préciser : _____
2. Prenez-vous un anticoagulant ou antiagrégant ?	Oui	Non	Préciser : _____
3. Diabète, maladie rénale ou maladie du foie ?	Oui	Non	Préciser : _____
4. Cancer, chimiothérapie ou radiothérapie tête/cou ?	Oui	Non	Préciser : _____
5. Traitement pour les os (bisphosphonates, denosumab) ?	Oui	Non	Préciser : _____
6. Allergie pénicilline, anesthésiques, anti-inflammatoires ou latex ?	Oui	Non	Préciser : _____
7. Prenez-vous un traitement médical régulier ?	Oui	Non	Préciser : _____
8. Traitement maladie auto-immune (polyarthrite, spondylarthrite...) ?	Oui	Non	Préciser : _____
9. Corticoïdes depuis plus de 3 mois ?	Oui	Non	Préciser : _____
10. Autre problème de santé important ?	Oui	Non	Préciser : _____

Je certifie que les informations fournies sont exactes.

Nom	_____
Date	_____
Signature	_____