Questionnaire médical

DENTALSHAPE
LUXEMBOURG
Cabinet Dentaire GLA

Pour vous soigner en toute sécurité et établir correctement d'éventuelles ordonnances, nous devons connaître votre état de santé et les médicaments que vous prenez. Merci de remplir ce questionnaire avec soin et de l'apporter à votre premier rendez-vous, ou de nous l'envoyer à l'avance. **Merci de le renouveler tous les deux ans**, ou plus tôt si votre santé change. Vos informations sont strictement confidentielles et servent uniquement à vos soins.

Données du patient

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____

Localité _____

Pays _____

GSM / téléphone _____

E-mail _____

Caisse de maladie (et assurance complémentaire) _____

Nom de votre médecin traitant _____

Adresse de votre médecin traitant _____

À remplir par le dentiste

Tension artérielle : systolique _____ diastolique _____

Fréquence cardiaque (pouls) _____ Saturation en oxygène _____

Taille _____ Poids _____ IMC _____

Dernière prise de sang ☐ interne ☐ externe _____

Questionnaire de santé

Merci de cocher Oui ou Non. Si vous répondez Oui, répondez aussi aux questions en dessous.

1.	**Avez-vous subi un pontage coronarien ?**	☐ Oui	☐ Non
2.	**Ressentez-vous une douleur ou une sensation d'oppression dans la poitrine (angine de poitrine) ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous dû réduire vos activités ?	☐ Oui	☐ Non
	Les plaintes ont-elles augmenté récemment ?	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous ces plaintes aussi au repos ?	☐ Oui	☐ Non
	L'angine de poitrine est-elle revenue malgré un pontage, une angioplastie ou un traitement au laser ?	☐ Oui	☐ Non
3.	**Avez-vous eu un infarctus ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous eu des complications par la suite ?	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous encore des plaintes ?	☐ Oui	☐ Non
	L'infarctus date-t-il de moins de 6 mois ?	☐ Oui	☐ Non
4.	**Avez-vous une malformation cardiaque, une maladie des valves ou des troubles du rythme cardiaque ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous dû réduire vos activités à cause de cela ?	☐ Oui	☐ Non
5.	**Avez-vous une valve cardiaque artificielle, un pacemaker ou des stents ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous dû réduire vos activités à cause de cela ?	☐ Oui	☐ Non
6.	**Avez-vous subi une opération du cœur ou des vaisseaux au cours des 6 derniers mois ?**	☐ Oui	☐ Non
7.	**Avez-vous des palpitations ou un cœur qui s'emballe sans effort physique ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Devez-vous vous reposer, vous asseoir ou vous allonger pendant une crise ?	☐ Oui	☐ Non
	Devenez-vous pâle, essoufflé(e) ou pris(e) de vertiges pendant une crise ?	☐ Oui	☐ Non
8.	**Souffrez-vous d'insuffisance cardiaque (faiblesse du muscle cardiaque) ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Vos jambes sont-elles gonflées le soir ?	☐ Oui	☐ Non
	Devez-vous uriner plus de deux fois par nuit ?	☐ Oui	☐ Non
	Vous réveillez-vous la nuit parce que vous êtes essoufflé(e) ?	☐ Oui	☐ Non
	Dormez-vous avec plus de 2 oreillers à cause de l'essoufflement ?	☐ Oui	☐ Non
9.	**Avez-vous une tension artérielle élevée ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Votre tension supérieure (systolique) se situe-t-elle généralement entre 160 et 200 ?	☐ Oui	☐ Non
	Votre tension inférieure (diastolique) se situe-t-elle généralement entre 95 et 115 ?	☐ Oui	☐ Non
	Votre tension supérieure est-elle généralement de 200 ou plus ?	☐ Oui	☐ Non
	Votre tension inférieure est-elle généralement de 115 ou plus ?	☐ Oui	☐ Non
10.	**Saignez-vous facilement, ou avez-vous un trouble connu de la coagulation ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Saignez-vous plus d'une heure après une blessure ou une intervention ?	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous des bleus sans raison ?	☐ Oui	☐ Non
11.	**Avez-vous eu des signes de paralysie ou des troubles de la parole ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous eu un AVC ou des troubles de la parole au cours des 6 derniers mois ?	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous eu des plaintes semblables ayant duré moins de 24 heures ?	☐ Oui	☐ Non
12.	**Souffrez-vous d'épilepsie ?** *Si oui :*	☐ Oui	☐ Non
	Votre état s'aggrave-t-il ?	☐ Oui	☐ Non
	Quels médicaments prenez-vous contre l'épilepsie ? _____		
	Votre traitement est-il modifié régulièrement ?	☐ Oui	☐ Non
	Avez-vous encore des crises malgré le traitement ?	☐ Oui	☐ Non
13.	**Souffrez-vous d'hyperventilation ?**	☐ Oui	☐ Non

14. Avez-vous de l'asthme ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous des plaintes en ce moment ? ☐ Oui ☐ Non
- Respirez-vous difficilement en ce moment ? ☐ Oui ☐ Non
- Utilisez-vous un inhalateur contre l'asthme ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous de la fièvre pendant une crise ? ☐ Oui ☐ Non

15. Avez-vous des problèmes pulmonaires ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Crachez-vous plus d'une tasse à café de mucus par jour ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous essoufflé(e) après avoir monté 20 marches ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous essoufflé(e) en vous habillant ? ☐ Oui ☐ Non

16. Souffrez-vous du rhume des foins ? ☐ Oui ☐ Non

17. Vous êtes-vous déjà évanoui(e) pendant un soin dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

18. Avez-vous déjà eu une réaction allergique à des médicaments ou à du matériel médical, comme l'iode, les pansements ou le latex ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Prenez-vous des médicaments contre votre allergie ? Lesquels ? _____
- Êtes-vous allergique à la pénicilline ou à d'autres antibiotiques ? ☐ Oui ☐ Non
- L'allergie est-elle survenue lors d'une anesthésie locale ? ☐ Oui ☐ Non
- L'allergie est-elle survenue chez le dentiste ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous allergique à autre chose ? À quoi ? _____

19. Avez-vous du diabète ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Quel type ? _____
- Utilisez-vous de l'insuline ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous en ce moment une glycémie trop basse ou trop haute ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous traité(e) pour une maladie du cœur ou des vaisseaux due au diabète ? ☐ Oui ☐ Non
- Suivez-vous un régime cétogène ? ☐ Oui ☐ Non

20. Avez-vous des problèmes de thyroïde ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Une hyperthyroïdie ou une hypothyroïdie a-t-elle été diagnostiquée ? Laquelle ? _____
- Êtes-vous traité(e) pour cela ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous encore des plaintes malgré le traitement ? ☐ Oui ☐ Non

21. Avez-vous une maladie du foie ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Depuis plus de 6 mois ? ☐ Oui ☐ Non
- Suivez-vous un régime ou prenez-vous des médicaments pour cela ? ☐ Oui ☐ Non

22. Avez-vous une maladie rénale chronique ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous dialysé(e) ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous reçu une greffe de rein ? ☐ Oui ☐ Non
- Suivez-vous un régime particulier pour cela ? ☐ Oui ☐ Non

23. Avez-vous des troubles chroniques de l'estomac ou de l'intestin qui vous ont fait perdre plus de 10 kg ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous de la diarrhée depuis plus de 6 mois ? ☐ Oui ☐ Non

24. Souffrez-vous d'anémie avec des plaintes ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Quelles plaintes (fatigue, vertiges, etc.) ? _____

25. Avez-vous, ou avez-vous eu, une maladie maligne (par ex. des ganglions) ou une maladie du sang ? *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
- Laquelle ? _____
- Suivez-vous un régime ou prenez-vous des médicaments pour cela ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous reçu une chimiothérapie ou une greffe de moelle osseuse ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous reçu une radiothérapie de la tête, du cou ou de la gorge ? ☐ Oui ☐ Non
- La radiothérapie date-t-elle de moins de 5 ans ? ☐ Oui ☐ Non

26. **Avez-vous actuellement une maladie contagieuse ?** *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
Hépatite A / B / C / D, VIH, tuberculose ou autre ? Laquelle, et avec quel médicament, traitement ou vaccin ? _____

27. **Avez-vous reçu un implant orthopédique (par ex. une prothèse articulaire) au cours des 3 derniers mois ?** ☐ Oui ☐ Non

28. **Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments contre l'ostéoporose (bisphosphonates, par ex. Fosamax, alendronate, ou injections de dénosumab) ?** *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
Lesquels, et depuis quand ? _____

29. **Avez-vous déjà dû prendre des antibiotiques avant un soin dentaire ?** *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
Lesquels ? _____

30. **Consommez-vous des drogues ?** ☐ Oui ☐ Non

31. **Buvez-vous plus de 5 boissons alcoolisées par jour ?** ☐ Oui ☐ Non

32. **Êtes-vous enceinte, ou pourriez-vous l'être ?** ☐ Oui ☐ Non

33. **Fumez-vous ou vapotez-vous ?** *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
Combien de cigarettes par jour ? _____

34. **Prenez-vous actuellement des médicaments ?** *Si oui :* ☐ Oui ☐ Non
Pour le cœur ? Lesquels ? _____
Anticoagulants ? Lesquels ? _____
Contre la tension ? Lesquels ? _____
Aspirine ou antidouleurs ? Lesquels ? _____
Contre une allergie ? Lesquels ? _____
Contre le diabète ? Lesquels ? _____
Prednisone, corticoïdes ou similaires ? Lesquels ? _____
Contre l'acidité / les brûlures d'estomac ? Lesquels ? _____
Contre une maladie de la peau, de l'intestin ou des rhumatismes ? Lesquels ? _____
Contre un cancer ou une maladie du sang ? Lesquels ? _____
Pénicilline ou autres antibiotiques ? Lesquels ? _____
Calmants, somnifères ou antidépresseurs ? Lesquels ? _____
Prenez-vous chaque jour des antidouleurs forts (opioïdes) ? Lesquels ? _____
Autres médicaments ? Lesquels ? _____

35. **Prenez-vous actuellement des compléments alimentaires ? Si oui, cochez-les dans le tableau ci-dessous.** ☐ Oui ☐ Non

Compléments alimentaires

Vitamines
- ☐ Vitamine A
- ☐ Vitamine B1
- ☐ Vitamine B6
- ☐ Vitamine B9 (folate)
- ☐ Vitamine B12
- ☐ Vitamine C
- ☐ Vitamine D
- ☐ Vitamine E
- ☐ Vitamine K1
- ☐ Vitamine K2
- ☐ _____

Minéraux
- ☐ Magnésium
- ☐ Zinc
- ☐ Sélénium
- ☐ Chrome
- ☐ Calcium
- ☐ Molybdène
- ☐ Potassium
- ☐ Fer
- ☐ Cuivre
- ☐ Silicium
- ☐ _____

Acides gras
- ☐ Omega-3
- ☐ Omega-6
- ☐ Omega-9
- ☐ _____
- ☐ _____

Acides aminés
- ☐ L-Tyrosine
- ☐ L-Proline
- ☐ L-Theanine
- ☐ L-Methionine
- ☐ L-Carnitine
- ☐ L-Glutamine
- ☐ L-Lysine
- ☐ L-Arginine
- ☐ L-Cysteine
- ☐ Glutathione
- ☐ _____

Mélanges d'acides aminés
- ☐ BCAA
- ☐ GABA
- ☐ DLPA
- ☐ _____
- ☐ _____

Phytonutriments
- ☐ _____
- ☐ _____

Algues
- ☐ Chlorella
- ☐ Spirulina
- ☐ Astaxanthin
- ☐ _____
- ☐ _____

Essentiels
- ☐ Q10 (ubiquinone)
- ☐ MSM
- ☐ Detox
- ☐ _____
- ☐ _____

Anti-inflammatoires
- ☐ Bromelain
- ☐ Papain
- ☐ Quercetin
- ☐ Curcuma
- ☐ _____

36. **Avez-vous peur des soins dentaires ?** *Si oui, à quel point, sur une échelle de 1 (un peu) à 10 (extrêmement) ?* _____ ☐ Oui ☐ Non

37. **Avez-vous une maladie ou un trouble qui n'a PAS été demandé ici ?** ☐ Oui ☐ Non
Lequel ? _____

38. **Pratiquez-vous un sport ou suivez-vous une thérapie par le mouvement ?** ☐ Oui ☐ Non
Lequel, et à quelle fréquence ? _____

Journal alimentaire

39. Que mangez-vous et buvez-vous pendant une semaine type ? Mentionnez les glucides, le sucre, les graisses, le café ou le thé, et le tabac.

	Petit-déjeuner	Déjeuner	Dîner	En-cas et boissons
Lun				
Mar				
Mer				
Jeu				
Ven				
Sam				
Dim				

Type d'alimentation (par ex. végétarienne, végane, sans gluten, pauvre en glucides) _____

Autre chose que nous devrions savoir ?

Par exemple, des maladies présentes dans votre famille.

_____

_____

_____

_____

Rendez-vous

Merci d'arriver à l'heure à votre rendez-vous. Si vous ne pouvez pas venir, merci d'annuler au moins 36 heures à l'avance, afin que nous puissions proposer ce créneau à un autre patient. Nous nous réservons le droit de facturer les rendez-vous manqués sans annulation en temps utile.

Je confirme avoir répondu à ces questions sincèrement et au mieux de mes connaissances, et je m'engage à informer le cabinet de tout changement de mon état de santé.

Date _____ Signature du patient _____

Praticien _____ Signature du praticien _____

À remplir par le dentiste : fonction des organes

Cœur _____

Poumons _____

Foie _____

Reins _____

Intestin _____

Pancréas _____