

**Dr. Yvan TOUITOU**

Chirurgien- Dentiste  
40 Rue des Petits Champs  
75002 PARIS  
Tel : 01.58.62.44.44

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

SANTE GENERALE :	Antérieur	Actuel	Médicaments
Affection cardiaque			
Anémie			
Diabète			
Hépatite			
HIV			
Rhumatismes			
Tension artérielle			
Troubles digestifs			
Troubles glandulaires			
Troubles nerveux			
Troubles pulmonaires			
Troubles Rénaux			
Ulcère			
Epilepsie			
Autres			

Fumeur(se) : Si oui combien par jour : .....

**TRAITEMENT MEDICAL**

**Médicaments :**

Antidépresseurs : \_\_\_\_\_  
Anticoagulants : \_\_\_\_\_  
Ostéoporose : \_\_\_\_\_  
Autres : \_\_\_\_\_

Enceinte depuis le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Radiation / Rayon X Années : \_\_\_\_\_

Anesthésie locale : OUI / NON Réaction : \_\_\_\_\_

Anesthésie générale : OUI / NON Réaction : \_\_\_\_\_

**Allergies :**

Antibiotiques : \_\_\_\_\_  
Anti-inflammatoires : \_\_\_\_\_  
Autre : \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**AUTRES PROBLEMES A SIGNALER ??** \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

*Je m'engage à signaler tous changements concernant mon état de santé et mes éventuels nouveaux traitements*

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du patient**