

BILAN DE SANTÉ CONFIDENTIEL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Nom : Prénom : Date :/...../.....
Adresse : Sexe : F M
Code postal : Ville : Tél. Dom. :
Email : Tél. Port. :
Numéro de Sécurité Sociale : _ _ _ _ _ Profession: Date de naissance :/...../.....
Mutuelle ou Assurance complémentaire :

Quand avez-vous consulté un chirurgien-dentiste pour la dernière fois ?
Motif de votre consultation :

Nom du médecin traitant : Tel : Code postal :
Adresse : Ville :

Êtes-vous actuellement sous traitement médical ? Oui Non Depuis quand prenez-vous des médicaments ?/...../.....

Lesquels ? (IMAO, tranquillisants, antidépresseurs, anticoagulants, etc.)

De quoi souffrez-vous ?

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------|
| Maladies valvulaires | <input type="checkbox"/> | Troubles nerveux | <input type="checkbox"/> | Autres : <input type="checkbox"/> | |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | Allergie | <input type="checkbox"/> | | |
| Hypotension | <input type="checkbox"/> | Asthme | <input type="checkbox"/> | | |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> | Hépatite | <input type="checkbox"/> | | |
| Hémophilie | <input type="checkbox"/> | Eczéma | <input type="checkbox"/> | | |
| Infection au VIH | <input type="checkbox"/> | | | | |

Avez-vous déjà eu des réactions à des médicaments ou produit tels que :

| | | | |
|------------------------|--------------------------|----------|-------|
| Aux pénicillines | <input type="checkbox"/> | Autres ? | |
| A l'aspirine | <input type="checkbox"/> | | |
| Aux anesthésiques | <input type="checkbox"/> | | |
| Aux antibiotiques | <input type="checkbox"/> | | |
| Au latex | <input type="checkbox"/> | | |
| A d'autres médicaments | <input type="checkbox"/> | | |
| A d'autres produits | <input type="checkbox"/> | | |

Saignez-vous beaucoup après une piqûre ou une coupure ? Oui Non

Voyez-vous d'autres éléments dont la connaissance pourrait aider votre praticien dans la conduite de votre traitement ?

Comment avez-vous connu le Cabinet Dentaire ?

Fait à : le : Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés