



CABINET DENTAIRE DU  
DR. MARIE-HÉLÈNE CHRETIEN-FRANCESCINI  
**QUESTIONNAIRE MEDICAL GENERAL**

---

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

Les réponses que vous allez faire à ce questionnaire sont destinées à tenir votre praticien au courant des traitements que vous avez déjà subis ou qui sont en cours.

Cela lui permettra de mieux connaître votre état de santé afin qu'il puisse prendre les décisions qu'il jugera nécessaires, en tenant compte des indications que vous lui fournirez.

Tous les traitements et les médicaments qu'il va vous prescrire peuvent interférer avec des traitements en cours ou les affections que vous avez présentées, c'est pourquoi il est important que vous accordiez une grande attention aux questions et aux réponses que vous ferez.

|   | OUI                   | NON                   | JE NE SAIS PAS        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Etes-vous en bonne santé ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Etes-vous en traitement actuellement ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes / jour ?                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Prenez-vous des médicaments ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lesquels :  |                       |                       |                       |
| 5. Avez-vous subi une opération majeure ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Avez-vous été gravement malade ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Avez-vous maigri d'une manière importante ?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Suivez-vous un régime ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Quand vous vous blessez, mettez-vous longtemps à cicatriser ?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Présentez-vous des maladies du sang ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Avez-vous été soigné pour anémie ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Avez-vous eu une hépatite ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Avez-vous subi un traitement par radiation ?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Avez-vous été diagnostiqué ou traité pour des affections cardio-vasculaires ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Faites-vous de la température sans qu'on en décèle les causes ?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Êtes-vous diabétique ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Avez vous des diabétiques dans votre famille ?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Souffrez-vous de désordres hormonaux ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Etes-vous allergique à un médicament ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui, précisez.   |                       |                       |                       |
| 21. Avez-vous un ulcère d'estomac ou une gastrite ?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Souffrez-vous de douleurs au niveau de la tête ? du cou ? du dos ?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Êtes-vous suivi par un Ostéopathe ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Si oui, avec quelle fréquence ?   |                       |                       |                       |



CABINET DENTAIRE DU  
DR. MARIE-HÉLÈNE CHRETIEN-FRANCESCINI  
**QUESTIONNAIRE MEDICAL GENERAL**

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

|   | OUI                   | NON                   | JE NE SAIS PAS        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 25. Etes-vous suivi par un spécialiste médical ?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Avez vous suivi un traitement orthodontique ?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. En êtes-vous satisfait ?                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Avez vous des peurs ou appréhensions du traitement dentaire ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Information**

Sauf refus explicite de votre part, les photos prises dans le cadre du plan de traitement sont susceptibles d'être utilisées en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement, de recherche, culturel ou scientifique, ou d'exploitation commerciale.

PARIS, le

Signature: