



Dr François le Bigot
Chirurgien-Dentiste
DIUE Implantologie

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom et Prénom du Patient : _____

Date de naissance : _____

Nom du Médecin et sa spécialité : _____

Examen Médical le plus récent : __/__/____

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :



Oui / Non

- | | |
|---|--|
| 1. une hospitalisation pour maladie ou blessure _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 19. jaunisse _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 2. une réaction allergique à : | 20. une maladie de la thyroïde, parathyroïdienne ou une carence en calcium _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • l'aspirine, l'ibuprofène, l'acétaminophène, la codéine _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 21. une déficience hormonale _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • la pénicilline _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 22. un taux de cholestérol élevé ou prise de statines __ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • l'érythromycine _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 23. un diabète (HbA1c = _____) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • la tétracycline _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 24. un ulcère de l'estomac ou du duodénum _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • au sulfite _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 25. des troubles digestifs (reflux gastrique, maladie coeliaque) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • un anesthésique local _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 26. une ostéoporose (prise de bisphosphonates) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • au fluorure _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 27. de l'arthrite _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • à des métaux (nickel, or, argent, _____) _ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 28. une maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • au latex _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 29. un glaucome _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| • autres : (_____) _ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 30. des lentilles de contact _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 3. des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers mois __ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 31. des blessures à la tête ou au cou _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 4. des antécédents endocardite infectieuse _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 32. de l'épilepsie, des convulsions (crises d'épilepsie) _ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 5. une valvule artificielle, une anomalie cardiaque réparée (PFO) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 33. des troubles neurologiques (TDA/TDAH, maladies à prions) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 6. un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 34. des infections virales et de l'herpès labial _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 7. un implant orthopédique (arthroplastie) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 35. des ganglions dans la bouche _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 8. une fièvre rhumatismale ou la scarlatine _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 36. de l'urticaire, une éruption cutanée, le rhume des foies _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 9. une pression sanguine trop basse ou trop élevée _ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 37. maladie transmise sexuellement _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 10. un accident vasculaire cérébral (prescription d'anticoagulants) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 38. une hépatite (type __) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 11. une anémie ou autre maladie du sang _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 39. VIH/SIDA _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 12. des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 40. une tumeur, une excroissance anormale _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 13. un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 41. de la radiothérapie _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 14. la tuberculose, la rougeole, la varicelle _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 42. de la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 15. de l'asthme _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 43. des difficultés émotionnelles _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 16. des problèmes de respiration ou de sommeil (apnée du sommeil, ronflements, sinus) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 44. des traitements psychiatriques _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 17. une maladie rénale _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 45. des médicaments antidépresseurs _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 18. une maladie du foie _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 46. un problème d'alcool/de drogues _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

VOUS ÊTES/AVEZ/PRENEZ :



Oui / Non

- | | |
|--|--|
| 47. actuellement soigné pour une autre maladie _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 53. fumeur, vous avez déjà fumé ou vous utilisez du tabac sans fumée _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 48. conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux ou diarrhée) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 54. considéré comme une personne sensible/susceptible _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 49. un traitement pour vous aider à gérer votre poids _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 55. souvent malheureux ou déprimé _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 50. des compléments alimentaires _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 56. FEMME - un traitement contraceptif hormonal (pilule) _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 51. souvent épuisé ou fatigué _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 57. FEMME - enceinte _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 52. des maux de tête fréquents _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | 58. HOMME - des troubles de la prostate _____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

AUTRES :

- Décrire tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent, retard de développement/génétique ou autres traitements pouvant affecter votre traitement dentaire. (Botox, injections de collagène, par exemple) : _____

- Liste de tous les médicaments, compléments et/ou vitamines pris au cours des deux dernières années. _____

VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CONCERNANT LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.