

DOCTEUR ALAIN CHALOM CHIRURGIEN - DENTISTE DFCF PARIS
IMPLANTOLOGIE – PARODONTOLOGIE
INJECTIONS D'ACIDE HYALURONIQUE A VISEE THERAPEUTIQUE

D.U. d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique
D.U. de Chirurgie pré et péri-implantaire
Ancien Chef de Clinique – Assistant des Hôpitaux de Paris
Chargé de cours en Implantologie (Faculté d'Evry et de Créteil)

BILAN DE SANTÉ CONFIDENTIEL

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Aussi, nous vous remercions de remplir ce questionnaire médical confidentiel avec précision.

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Tél. Personnel : _____ Tél. portable ou professionnel : _____
Profession : _____
Merci de nous indiquer qui vous adresse au cabinet : _____
Email : _____

1 - Etes-vous en bonne santé ?

2 - A quand remonte votre dernier examen médical ?

3 - Etes-vous actuellement suivi par un médecin, un spécialiste ou un service hospitalier ?

Si oui > pour quelle raison ?

4 - Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs affections de la liste suivante (entourer la maladie en question) ?

*** Pathologie Cardio-vasculaire**

- Angine de poitrine - Infarctus du myocarde - Souffle cardiaque
- Hypertension artérielle - Malformation congénitale - Rhumatisme articulaire aigu
- Endocardite - Insuffisance cardiaque - Chirurgie cardiaque

*** Allergie**

- Antibiotiques (Pénicilline, ...) - Aspirine - Anesthésiques - Métal - Autre

*** Pathologie gastro-intestinale**

- Antécédents d'ulcère

*** Pathologie hépatique**

- Hépatite virale - Jaunisse

*** Pathologie neurologique**

- Epilepsie - Malaise vagal - Dépression - Crise de tétanie

*** Pathologie hématologique**

- Anémie - Thrombopénie (manque de plaquettes)
- Avez-vous eu des saignements prolongés à la suite de coupures ou d'extractions dentaires ?

*** Pathologie endocrinienne**

- Diabète > si oui - de quel type ?
- votre diabète est-il équilibré ?

*** Autre maladie :**

5 - Prenez-vous actuellement des médicaments ?

> si oui lesquels :

> pourquoi ?

6 - Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?

7 - Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA ? à quelle date ? **Ce test était-il positif ?**

8 - Avez-vous été traité par radiothérapie ?

9 - Pour les femmes, êtes-vous enceinte ? si oui, de combien de mois ?

10 - Etes-vous fumeur(se) ? > si oui, combien de cigarettes par jour ?

11 - Avez-vous la sensation d'avoir mauvaise haleine ?

Date

Signature