

# BILAN DE SANTÉ CONFIDENTIEL

(Merci de bien vouloir remplir ce formulaire en lettres capitales)

NOM :  
DATE DE NAISSANCE :  
ADRESSE :  
VILLE :  
EMAIL :  
MÉDECIN TRAITANT :

PRÉNOM :  
N° de S.S. :  
CODE POSTAL :  
TÉLÉPHONE :  
TÉLÉPHONE :

- Saignez-vous des gencives ? Oui  Non
- Êtes-vous enceinte ? Oui  Non
- Fumez-vous ? Oui  Non  - de 5  de 5 à 20  + de 20
- Êtes-vous actuellement suivi(e) pour un problème de santé ? Oui  Non
- Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui  Non
- Antalgiques  Antibiotiques  Anticoagulants  Antidépresseurs  Anti-inflammatoires
- Bétabloquants  Biphosphonates <sup>(1)</sup>  Statines  Autres

<sup>(1)</sup> Biphosphonates = Actonel, Didronel, Fosamax, Bonviva, Aclasta, Lytos, Skelid, Arédia, Bondronat, Zometa.

## Pathologies connues :

- Affection cardiaque (y compris souffle cardiaque, valves) Oui  Non
- Affection rénale Oui  Non
- Affection pulmonaire Oui  Non
- Infection virale (hépatite, VIH...) Oui  Non
- Diabète Oui  Non
- Troubles digestifs Oui  Non
- Cholestérol Oui  Non
- Maladie auto-immune (RAA, Lupus, Spondylarthrite...) Oui  Non
- Dépression Oui  Non
- Autres pathologies connues Oui  Non

Avez-vous subi récemment (- de 24 mois) une intervention chirurgicale ? Oui  Non

Avez-vous eu des complications suite à une anesthésie locale ? Oui  Non

Saignez-vous anormalement après une coupure ? Oui  Non

Avez-vous été traité(e) par : Chimiothérapie  Radiothérapie

Avez-vous une allergie connue ? Oui  Non

Anesthésiques  Antibiotiques  Antidouleurs  Anti-inflammatoires

Iode  Autres

Autre allergie non médicamenteuse connue : Oui  Non

### Cadre réservé au praticien

Prophylaxie AB

PTNS <sup>(1)</sup> Q1 - 0  1  2  3

Q2 - 0  1  2  3

Q3 - 0  1  2  3

Q4 - 0  1  2  3

<sup>(1)</sup> PTNS = indice parodontal des besoins de traitement. Un score est attribué à chaque cadrant de la bouche correspondant à la situation la plus grave observée.  
0 = sain ; 1 = présence de gingivite et absence de tartre, de surplombs, de poches >5mm ; 2 = présence d'une dent au moins avec du tartre supra ou sous-gingival et absence de poches > 5mm ; 3 = présence d'au moins une poche de profondeur > 5mm.

### Allergies

AB Peni-Betalactamine  Sulfamide  Quinolone  Macrolides

AF AINS  IbuProfene  KetoProfene  NaproXen

Corticoïdes  Prednisone  Prednisolone  Betamethasone

AG Paracétamol  Salycilés  Codeïne

ANST Articaïne  Mepivacaïne  Lidocaïne  Prilocaïne  Xylocaïne

Latex

**Date et signature :**

Ce questionnaire a pour objectif d'éviter toute contre-indication ou interaction médicamenteuse lors de votre traitement. **Il est strictement confidentiel.**

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant sur simple demande écrite à l'adresse indiquée ci-dessous :



2, esplanade du Grand-Siècle  
78000 VERSAILLES