

BILAN DE SANTÉ CONFIDENTIEL

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

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : N° de S.S. :
ADRESSE :
VILLE : CODE POSTAL :
EMAIL : TÉLÉPHONE :
MÉDECIN TRAITANT : 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 ⁽¹⁾ Statines Autres

⁽¹⁾ 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 ⁽¹⁾ Q1 - 0 1 2 3

Q2 - 0 1 2 3

Q3 - 0 1 2 3

Q4 - 0 1 2 3

⁽¹⁾ PTNS = indice parodontal des besoins de traitement. Un score est attribué à chaque cadran 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 Prilocaine 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