

Feuille d'anamnèse

Votre état de santé peut avoir une influence sur le traitement dentaire. De ce fait nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire. Toutes vos données seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises au secret médical.

Patiente / Patient **Madame** **Monsieur**

Nom	_____	Tél. privé	_____
Prénom	_____	Tél. professionnel	_____
Adresse	_____	Nr. portable	_____
Code postal, Ville	_____	E-Mail	_____
Matricule sécurité sociale	_____	Nationalité	_____

Caisse de maladie: _____

Assurance complémentaire: _____

Représentant/e légal/e **Madame** **Monsieur**

Nom, Prénom	_____	Tél. privé	_____
Adresse	_____	Tél. professionnel	_____
Code postal, Ville	_____	Nr. portable	_____

Médecin de famille **Médecin traitant** **Pédiatre**

Nom, Prénom	_____	Tél. privé	_____
Adresse	_____	Tél. professionnel	_____
Code postal, Ville	_____	Nr. portable	_____

J'ai pris **connaissance** du fait que les données ou résultats de mes antécédents médicaux y compris les radiographies, les photos ainsi que leurs copies ou leurs imprimés pourront être échangés à des fins informatives ou de clarification avec mon médecin traitant ou avec toute autre personne ou institution soumises au secret médical telles que les assurances etc. J'ai également pris note que les données nécessaires à la facturation, au recouvrement et à la comptabilité pourront être transmises aux institutions concernées.

Date:

Signature:

Je suis **d'accord**, qu'une anesthésie locale me soit si nécessaire administrée. J'ai été **dument informé(e)**, qu'à la suite d'une anesthésie locale des irritations au niveau de la mâchoire inférieure ainsi qu'à la langue (engourdissement persistant, fourmillement) peuvent survenir et que ceux-ci disparaissent en règle générale. J'ai pris connaissance, en tant que participant(e) à la circulation routière que le risque d'accident est accru durant plusieurs heures après une intervention chirurgicale dentaire sous anesthésie locale.

Date:

Signature:

■ Etes-vous sous traitement médical ou avez-vous dernièrement suivi un traitement médical? Oui Non
Si oui, pour quelles **maladies**? _____

■ Avez-vous déjà subi des **opérations**? Si oui, lesquelles? _____ Oui Non

■ Avez-vous ou aviez-vous une **hépatite** (jaunisse, inflammation/infection du foie)? Oui Non

■ Prenez-vous régulièrement des **médicaments**? Si oui, lesquels? _____ Oui Non

Prenez-vous des **Bisphosphonates** (par ex. en traitement de l'ostéoporose)? Oui Non

Prenez-vous des **médicaments anticoagulants**? Oui Non

■ Souffrez-vous de **maladies cardiovasculaires**? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. Oui Non

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hypertension/hypotension | <input type="radio"/> Angine de poitrine |
| <input type="radio"/> Endocardite | <input type="radio"/> Infarctus du myocarde |
| <input type="radio"/> Accident vasculaire cérébral - AVC | <input type="radio"/> Lésion valvulaire, valvule artificielle |

■ Etes-vous **séropositif/ve**? Oui Non

■ Souffrez-vous d'une **maladie du sang**? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. Oui Non

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Hémophilie | <input type="radio"/> Anémie |
|----------------------------------|------------------------------|

■ Souffrez-vous de **troubles du métabolisme**? Si oui, veuillez cocher ci-dessous. Oui Non

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> Autres: _____ |
| <input type="radio"/> Maladie de la glande thyroïde | |

■ Souffrez-vous d'**allergies**? Oui Non

Si oui, contre quoi? _____

Avez-vous une hypersensibilité

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Aux injections? | <input type="radio"/> À des médicaments? |
| <input type="radio"/> Aux solutions buccales? | <input type="radio"/> À des aliments? |

■ Avez-vous déjà eu par le passé:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Une sinusite maxillaire? | <input type="radio"/> Chimiothérapie? Pourquoi? _____ |
| <input type="radio"/> Des rhumatismes, des gonflements articulaires? | |
| <input type="radio"/> Des troubles digestifs graves? | <input type="radio"/> Radiothérapie? Où? _____ |
| <input type="radio"/> Des dysfonctionnements hormonaux? | |
| <input type="radio"/> Une tuberculose? | <input type="radio"/> Une autre maladie grave?
Si oui, laquelle? _____ |
| <input type="radio"/> Une maladie pulmonaire, rénale, du foie? | |

■ Avez-vous des **prothèses articulaires, un pacemaker ou d'autres implants**? Oui Non

■ Etes-vous **fumeur** ou l'avez-vous été? Oui Non

Que fumiez-vous? _____

Quelle quantité? _____

■ Etes-vous actuellement **enceinte**? Oui Non

■ Grincez-vous des dents la nuit - **Bruxisme**? Oui Non

■ Autres infections / maladies

Questions / Remarques:

Date Signature