

**Docteur LUNEAU Véronique**

**Docteur LUNEAU Marie**

## **HISTORIQUE MEDICAL**

Nom et Prénom:.....

Date de Naissance :.../.../.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Adresse mail :.....

Adressé(e) et/ou recommandé(e) par

Un parent

L'annuaire téléphonique

Un ami

Un médecin

Site internet

### **Motif(s) de la consultation :**

Bilan/contrôle  Soin

Devis  Dent de sagesse

Douleur  Prothèse

Extraction  Détartrage

Blanchiment

### **Questionnaire médical :**

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
-Affections cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Ulcère gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Troubles oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Affections rénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(glaucome uniquement)		
-Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Hépatites B ou C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
-Avez-vous déjà perdu connaissance après une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Etes-vous enceinte ? (Moins de 3 mois ou plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fumez-vous plus de 5 cigarettes par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Êtes-vous allergique à certains médicaments ?

Si oui, lesquels :

-Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, lesquels :

-Etes-vous suivi par un médecin ?

Si oui lequel :

Merci du soin avec lequel vous avez bien voulu remplir ce questionnaire.

**Je m'engage à informer les Docteurs LUNEAU de tout changement de mon état de santé  
Intervenant après la rédaction de ce questionnaire médical, fait à Toulon, le .../.../ 2016  
Signature du patient :**