



## Fiche d'Anamnèse

Votre état de santé peut affecter les traitements dentaires. Nous vous prions donc de remplir ce questionnaire. Vos informations seront traitées de manière strictement confidentielle et soumises à la confidentialité.

**Détails personnels:**     Mme     M

Nom \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Tél. entreprise \_\_\_\_\_

Rue & no \_\_\_\_\_ Tél. mobile \_\_\_\_\_

Code postal, ville \_\_\_\_\_ Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Emploi \_\_\_\_\_

Assurance de maladie \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Recommandé par \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous des estimations des coûts et des factures par e-mail?    oui     non

Obtenez-vous de l'aide:

Prestation complémentaire     aide sociale     aucune aide

Représentant légal/représentants légaux:     Mme     M

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_

Rue & no \_\_\_\_\_ Tél. entreprise \_\_\_\_\_

Code postale, ville \_\_\_\_\_ Tél. mobile \_\_\_\_\_

Médecin de famille     Médecin traitant     Pédiatre

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Rue & no \_\_\_\_\_ Code postal, ville \_\_\_\_\_

## Questions sur l'état de la santé

- |   | oui                      | non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - En ce moment, sentez-vous en parfaite santé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous reçu un traitement médical récemment ou suivez-vous actuellement un traitement médical?<br>Si oui, à cause de quelles maladies? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous déjà eu des opérations? Si oui, lesquels? _____<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Prenez-vous actuellement des médicaments régulièrement?<br>Si oui, lesquels? _____<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Souffrez-vous de maladies cardiovasculaires, si oui marquer avec une croix.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> hypertension artérielle <input type="checkbox"/> angine de poitrine  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Crise cardiaque <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Défaut de la valve cardiaque, valve cardiaque artificielle   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Inflammation de la paroi interne du coeur (endocardite)  |                          |                          |

./.



- |  | oui                      | non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Prenez-vous des anticoagulants? Si oui, lesquels?<br>_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Souffrez-vous d'une maladie du sang?<br><input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation (hémophilie)<br><input type="checkbox"/> Anémie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un passeport anticoagulant?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Souffrez-vous d'une maladie métabolique?<br><input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne <input type="checkbox"/> Diabète<br><input type="checkbox"/> Autres: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des allergies? Avez-vous une carte d'allergie?<br><input type="checkbox"/> Rhume des foins <input type="checkbox"/> Asthme<br><input type="checkbox"/> Allergie à la pénicilline <input type="checkbox"/> Autres: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Réagissez-vous hypersensible à:<br><input type="checkbox"/> Seringues <input type="checkbox"/> Médicaments<br><input type="checkbox"/> Solutions de rince-bouche <input type="checkbox"/> Aliments   |                          |                          |
| - Prenez-vous des bisphosphonates (par exemple pour l'ostéoporose)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Portez-vous des prothèses articulaires, des stimulateurs cardiaques<br>ou d'autres implants?<br>Si oui, lesquels et depuis quand? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous déjà eu:<br><input type="checkbox"/> Une inflammation du sinus maxillaire?<br><input type="checkbox"/> Rhumatisme, gonflement des articulations? _____<br><input type="checkbox"/> Chimiothérapie, pourquoi? _____<br><input type="checkbox"/> Irradiation, où? _____<br><input type="checkbox"/> Trouble hormonal?<br><input type="checkbox"/> Tuberculose?<br><input type="checkbox"/> Maladie d'organe (poumons, foie, reins, etc.)?<br><input type="checkbox"/> Une autre maladie grave, si oui laquelle?<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Est-ce qu'il y a actuellement une grossesse? Quelle semaine? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez ou avez déjà eu une hépatite?<br>si oui, laquelle? A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Êtes-vous séropositif? (SIDA)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Est-ce que vous fumez ou est-ce que vous avez fumé? Combien? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Consommez-vous des drogues?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je confirme par la présente avoir répondu à toutes les questions de manière honnête et complète.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_