

Antécédents médicaux / Précautions particulières

NOM-Prénom : Tel :/...../...../...../.....

Adresse :

.....

Profession : E-Mail :

Nom du médecin traitant :

Avez-vous souvent des hématomes ? Oui Non

Saignez-vous longtemps ? Oui Non

Vous connaissez-vous des allergies : (cochez ce qui vous concerne)

Médicament(s) :

Latex Anesthésie

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

Si oui, veuillez donner votre ordonnance, nous en ferons une copie

Avez-vous eu ou avez-vous actuellement : (cochez ce qui vous concerne)

VIH Diabète Ostéoporose

Pacemaker Hépatite Sinusite chronique

Problèmes cardiaques

Etes-vous enceinte ? Oui Non Si oui, date d'accouchement prévue/...../.....

Fumez-vous ? Oui Non Si oui, combien par jour?

COVID -19

Avez-vous été malade ou est ce que quelqu'un de votre famille a été malade du COVID-19 ?

Oui Non Si oui, précisez quand :

Avez-vous de la fièvre ?

Oui Non

Toussez-vous ?

Oui Non

Dernière consultation dentaire

Nom du dentiste.....

Recommandé par

Raison de votre visite Bilan Gêne Douleur Autre

Signature