

Dr Gary Finelle

Dr Claude Finelle

Dr Aurélie Chantalat

QUESTIONNAIRE MEDICAL DIGITAL

A nous envoyer par mail ou a nous transmettre via votre plateforme sécurisée doctolib

Ce questionnaire est strictement confidentiel et couvert par le secret médical

Il est à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.

Nom et prénom(s) :

Sexe : M F

Date de naissance :

Tel 1 :

Adresse:

Profession :

Code postal et Ville:

Email :

Adressé par : Praticien, Dr

Doctolib

Google

Ami

Reseaux Sociaux

Autres

RAISON DE LA VISITE

- Douleur Implant Esthétique Dévitalisation
 Dents, gencives sensibles Dent fracturée Prothèse dentaire Détartrage
 Visite de contrôle Autre :

Qu'attendez vous de votre traitement

QUESTIONNAIRE COVID -19

Etes vous vacciné du COVID 19 ? Oui Non Nombres de doses

Avez vous été atteint du COVID ? Oui Non

Au cours des 3 dernières semaines, avez-vous présenté ?

- Courbatures Perte de goût Perte d'odorat Difficultés respiratoires
 Vomissements Maux de gorge Diarrhées fièvre

- Hépatite VIH+ Hypertension
 Cardiaque Rénaux Pulmonaires
 Endocriniens Oculaires Diabète
 Immunologique Spasmophilie Nervosité

Détails, autres pathologies :

Avez-vous subi une opération? Oui Non

Si oui, laquelle?

Etes-vous **allergique**? Oui, à quoi? Non

Fumez-vous? Oui, Nombre / jour Non

Etes-vous **enceinte**? Oui, Date de terme ? Non

Prenez-vous un traitement **anticoagulant** Oui Non

Suivez-vous un traitement contre **l'ostéoporose**? Oui Non

Avez-vous suivi une **radiothérapie**? Oui Non

Etes-vous **allergique à la pénicilline**? Oui Non

Avez-vous des problèmes **d'anesthésie**? Oui Non

Liste de **médicaments**
actuellement pris et dosage:

Fait à Paris, le

Signature