

# Cabinet dentaire des docteurs P. SION – C. SION

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.  
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

**Veillez remplir ce questionnaire strictement confidentiel. Merci de le remplir complètement pour mieux vous soigner.**

Melle       Mme  M.

Nom : .....      Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....      Né(e) le : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....      Ville : .....  
Profession : .....      Tél. Professionnel : .....  
Tél. Personnel : .....      Tél. Portable : .....  
Adresse e-mail : .....  
Bénéficiez-vous de la CMU (Couverture Mutuelle Universelle) :       oui       non      Avez-vous  
une mutuelle :       oui  non  
N° de sécurité sociale : .....      Motif de la consultation : .....  
Comment avez-vous connu le cabinet ? .....

## RENSEIGNEMENT D'ORDRE GÉNÉRAL :

Avez-vous été ou êtes vous atteint d'une des affectations suivantes :

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Affection chronique
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Urogénitale	<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Gastro duodénale	<input type="checkbox"/> HIV+	<input type="checkbox"/> Hépatique/Vésiculaire
<input type="checkbox"/> Intestinale	<input type="checkbox"/> Dépression		<input type="checkbox"/> Pathologies infectieuses
<input type="checkbox"/> Biphosphonates (FOSAMAX – ZOMETETA)	<input type="checkbox"/> Autre : .....		

Êtes-vous enceinte :  oui     non  
Êtes-vous sujet à des vertiges, perte de connaissance :  oui     non  
Suivez-vous actuellement un régime :  oui     non  
Êtes-vous sujet aux hématomes :  oui     non  
Fumez-vous :  oui     non  
Si oui, nombre de cigarettes par jour : .....  
Êtes-vous allergique :  oui     non  
Si oui, quelle origine : .....  
Avez-vous été vacciné dernièrement :  oui     non  
Si oui, quel vaccin : .....

## TRAITEMENT EN COURS :

<input type="checkbox"/> Antidouleur	<input type="checkbox"/> Aspirine	<input type="checkbox"/> anticoagulant	<input type="checkbox"/> Antibiotique
<input type="checkbox"/> Antidépresseur	<input type="checkbox"/> Antihypertenseur	<input type="checkbox"/> Antidiabétique	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire
<input type="checkbox"/> Autre : .....			

Avez-vous déjà eu une réaction particulière à la suite d'un traitement :  oui     non  
Faites-vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique :  oui     non

## ÉTAT DENTAIRE :

Date de la dernière consultation : .....      Dentiste traitant : .....  
Aujourd'hui avez-vous :  
- une gêne  oui     non  
- une douleur  oui     non  
- un problème esthétique  oui     non  
Avez-vous des difficultés :  
- à manger  oui     non  
- à dormir  oui     non  
- à parler  oui     non  
Avez-vous eu une réaction après anesthésie locale :  oui     non  
Si oui, quel type de réaction : .....  
Votre dernier détartrage date de :  6 mois     1 an     2 ans ou plus

## ÉTAT GINGIVAL :

Souffrez-vous de vos gencives :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Vos gencives saignent-elles lors du brossage :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous l'impression que vos dents bougent :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Que pensez-vous de votre sourire ? .....	

**Date :** .....      **Signature :** .....

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste\*. \*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Cabinet dentaire des Drs Patrick SION et Carole SION - Chirurgiens-Dentistes à Aix en Provence  
23 cours Mirabeau 13100 Aix en Provence - Tél. : 04 42 38 92 12 - <http://docteursion.fr>