

DOCTEUR SOUSSIN ALAIN

CHIRURGIEN –DENTISTE

Diplômé de l'Université Bordeaux II

315, Avenue de Turin

73000 CHAMBERY

TEL : 04 79 70 23 33

73 4 75 037 5

Nom-Prénom : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Profession : _____

Date du dernier examen médical dentaire : _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Lesquels : _____

Depuis quand ? _____

Pourquoi ? _____

Nom du médecin traitant : _____

Tél du médecin traitant : _____

Comment avez-vous connu le cabinet dentaire ? _____

Avez-vous des problèmes de santé ? _____

Cardiaques Vasculaires :

- hypertension
- artérite
- angine de poitrine
- infarctus
- douleurs thoraciques

Cardiaques Valvulaires :

- souffle cardiaque
- malformation opérée ou non
- rhumatisme articulaire aigu

Diabète :

Etes-vous diabétique ? oui non

Si oui, êtes-vous suivi ? _____

Votre diabète est-il équilibré ? oui non

Allergies :

- Etes-vous allergique ?
- aux pénicillines
- a d'autres médicaments
lesquels ? _____
- à des métaux
lesquels ? _____
- à d'autres produits
lesquels ? _____
- quel type d'allergie ? _____

Digestifs :

- brûlures d'estomac
- ulcère

Hépatiques :

- hépatite virale
- date : / /

Nerveux :

- perte de connaissance
- dépression
- crises nerveuses

Rénaux :

- insuffisance rénale
- urémie
- hémodialyse

Glandulaires :

- thyroïde
- surrénale
- hypophyse

Sanguins :

- purpura
- hémophilie
- Saignez-vous beaucoup après coupure ou piquûre ? _____

Osseux :

- Ostéoporose

Irradiations :

Avez-vous été irradié ? oui non

Autres maladies :

Fait le _____

Signature du patient _____