

## HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

### RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Mme  Melle  M.  NOM:..... Prénom:.....  
Adresse:..... Code Postal: ..... Ville: .....  
Téléphone fixe:..... Portable: .....  
Date de naissance:...../...../..... Profession:.....  
N° Sécurité Sociale.....  
Etes vous bénéficiaire de l'aide médicale gratuite (CMU) ? ..... Oui  Non   
Quel est votre régime général (CPAM, MSA, MGEN...)?.....  
Quel est votre mutuelle complémentaire?.....  
Comment avez-vous connu le cabinet ?.....

### HISTORIQUE MEDICAL

Avez-vous des problèmes de santé particulier?..... Oui  Non   
Si oui, lesquels:.....  
Avez-vous déjà eu un saignement anormal lors d'une intervention ou d'un accident?... Oui  Non   
Avez-vous subi un traitement par radiations (autre que radiographique)?..... Oui  Non   
Prenez-vous des médicaments en ce moment?..... Oui  Non   
Si oui, lesquels : .....  
.....  
Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments?..... Oui  Non   
Si oui, lesquels: .....  
.....  
Êtes-vous fumeur?..... Oui  Non   
Si oui, nombres de cigarettes par jour: .....

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici: .....  
Madame, Mademoiselle, si vous êtes-vous enceinte, pensez à le signaler.

### HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire?.....  
Lors de cette visite, avez-vous eu un panoramique dentaire ? (radio de toutes les dents) Oui  Non   
Avez-vous les gencives qui saignent? Jamais  De temps en temps  Souvent   
Pour quel motif consultez-vous aujourd'hui?.....  
Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières?  
.....

Angers, le...../...../.....

Signature: