Cabinet dentaire

 Drs **GALLION- HEILI- LAFON-GROLLEMUND- SATY**

Assistantes dentaires : Alexandra, Laurence, Lucie, Marie, Véronique, Zora

**dentistesjaures@gmail.com**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous témoignez, en vous adressant à notre cabinet dentaire

**Renseignements administratifs.**

Nom………………….…………….…….Prénom…………………………..Date de naissance………………….

Adresse……………………………………………….…Commune…………………….. Téléphone……………..

Adresse électronique ( indispensable)……………………………………………………….

**Questionnaire médical.**

Médecin traitant :……………………Traitement médical en cours……………..Age……………

Présentiez vous les signes suivants : Toux……………Fièvre…………Maux de tête…………

Pensez vous avoir été infecté par le Covid19 ?..................../

 Si oui, Quand ?..........................(+ ou – 2 semaines)……………………../

Avez vous été testé ? oui- non . date ?............................../ Résultat :…………………………………/

Antécédents médicaux : Troubles respiratoires………/

Diabète………………………/

Cardiovasculaires (Hypertension…………. Chirurgie cardiaque…………………….….. AVC………… Coronaires……………… Infarctus……………….………. Malformation……………..….) /

Insuffisance rénale………………….… /

Cancer………………………………………../

Troubles neurologiques (Anxiété………………. Perte de connaissance…………. Epilepsie…………….) /

Troubles de la coagulation……………………………………….….(anticoagulants, antiagrégants )/

Autres troubles…………………………………………………………………………………………………………../

Allergies :………………………………………………………………………./

Veuillez consulter la liste des médicaments mentionnés en annexe et nous informer si vous suivez ces traitements.

Nous informer de tout changement de traitement médical.

A l’attention de la patientèle féminine :

Etes vous enceinte ?................... Nombre de mois………………………../

L’éventuelle prescription d’anti inflammatoires non stéroïdiens, nous oblige à vous demander si vous portez un stérilet non hormonal…………………./

**Organisation des rendez-vous**

**Pour la sécurité sanitaire de nos assistantes et des patients, nous privilégions la prise de rendez-vous exclusivement par téléphone et leur confirmation par email.**

Le présent formulaire est à nous retourner par **mail 2 jours avant le rdv**

**dentistesjaures@gmail.com**

Merci de penser à vous munir à chaque RDV de votre **Carte Vitale** et **attestation CMU** si vous dépendez de ce régime.

 Date et signature **:**

ANNEXE :

 **Prenez-vous l’un de ces médicaments ?**

**PRINCEPS PRADAXA**

**DIDRONEL XARELTO**

**CLASTOBAN ELIQUIS**

**LYTOS**

**SKELID**

**AREDIA**

**FOSAMAX**

**FOSAVANCE**

**ACTONEL**

**BONVIVA**

**BONDRONAT**

**ZOMETA**

**ACLASTA**