

BIENVENUE AU CABINET DU DR GUILLAUME CHOUCROUN

Le docteur Guillaume Choucroun est un spécialiste en Parodontologie et Implantologie, diplômé de New York University. Dans le cadre de ses consultations, un bilan médical précis est requis avant de pouvoir programmer toute intervention. Ces informations peuvent avoir une influence sur la faisabilité des traitements et permettent une meilleure anticipation de votre cicatrisation.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____ Tél. Portable : _____

Adresse e-mail : _____

Comment avez-vous entendu parler du cabinet ? _____

MOTIF DE LA CONSULTATION

OUI NON

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous des douleurs buccales ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avez-vous des difficultés à mastiquer certains aliments ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ressentez-vous une gêne à sourire en publique ? |

LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections dans la liste suivante ?

OUI NON

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ostéoporose (si oui, quel type de traitements prenez-vous ?) |
| | | Déclarer impérativement les biophosphonates sutent _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hépatique ou Rénale |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiaque (souffle au coeur, crise, valvulopathie...) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hypertension |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respiratoire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabète - Hépatite - Tuberculose - Jaunisse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Désordre sanguin, saignement excessif |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhumatisme articulaire aigu, arthrite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traitement par rayon X ou Cobalt - Tumeur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Complication de cicatrisation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV |

Avez-vous une autre affection à signaler ? _____

Êtes-vous enceinte ? _____

Avez-vous des allergies (médicamenteuse ou alimentaire)? _____

Avez-vous déjà eu une complication lors d'une anesthésie locale ou générale ? _____

Si vous êtes fumeur, combien de cigarettes fumez-vous par jour ? _____

Combien de fois par semaine / mois consommez-vous de l'alcool ? _____

Quels sont les jours / horaires qui vous conviennent le mieux pour vos rendez-vous ? _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature :