

**Docteur Alain RINN**  
 Chirurgien – dentiste  
 Ex attaché d'enseignement en  
 Prothèse à la Faculté de Nancy  
 16, Avenue de Gaulle  
 57100 Thionville  
 Tél : 03 82 53 39 63  
 www.docteurrinn.fr

*Je vous souhaite la bienvenue dans mon cabinet dentaire.  
 Afin de vous apporter les soins les plus attentionnés, je  
 vous serai reconnaissant de bien vouloir remplir avec  
 attention le questionnaire médical confidentiel suivant.  
 Dr Alain Rinn*

Nom	Prénom	
Adresse		
Code Postal	Ville	
Tél fixe et portable :		
Adresse mail :		
Profession :		
Par qui avez vous été adressé ?		
Quel est le motif de votre consultation ?		
Nom du médecin traitant :		

	Oui	Non
Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui lesquels et à quelle posologie ?		
Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Si oui lesquelles ?		
Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ? Si oui, de quel type ?		
Prenez-vous des médicaments anti-coagulants ? lesquels ?		
Votre sang a-t-il du mal à coaguler ou présentez-vous une maladie de sang ?		
Présentez-vous de l'hypertension artérielle ?		
Souffrez-vous d'une déficience immunitaire grave ou liée à une greffe ?		
Etes vous diabétique ? Si oui de quel type ?		
Votre diabète est-il équilibré par votre traitement ?		
Avez-vous eu un ulcère de l'estomac ou du duodénum ?		
Souffrez-vous d'un désordre hormonal ou rénal sévère ?		
Souffrez-vous d'une affection maligne ?		
Si oui, suivez-vous actuellement une chimiothérapie ?		
Avez-vous subi un traitement par rayons au niveau cervico-facial ?		
Avez-vous eu des manifestations allergiques ? Si oui, précisez lesquelles :		
Souffrez-vous de troubles nerveux ou de dépression ? Quel type ?		
Avez-vous eu ou avez-vous une hépatite virale ? Si oui, laquelle ?		
Avez-vous eu un bouton de fièvre herpétique ?		
Portez-vous le virus du SIDA ?		
Souffrez-vous d'ostéoporose ? Si oui quel médicament prenez-vous?		
Avez-vous déjà eu la tuberculose ?		
Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale ? Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous déjà présenté des complications au cours de soins dentaires ? Si oui, lesquelles ?		
Etes vous ou supposez vous être enceinte ? Quel mois ?		
Prenez-vous une contraception?		
Avez-vous eu un traitement par hormones de croissance ou par biphosphonates ? Si oui lesquels ?		
Avez vous ou avez vous eu une maladie du foie de l'estomac ou de l'intestin ?		
Avez vous ou avez vous eu une maladie de la peau ?		
Avez vous ou avez vous eu une maladie de la glande thyroïde ?		
Avez vous ou avez vous eu une épilepsie, spasmodophilie ou pertes de connaissance ?		
Avez vous ou avez vous eu une maladie des yeux, de la gorge, du nez, des poumons, des oreilles ? Si oui laquelle ?		
Etes vous sujet à des nausées ?		
Avez vous d'autres informations médicales ou compléments d'information à me communiquer ? Si oui lesquels ?		

Je certifie que ces réponses sont sincères et complètes et je m'engage à communiquer tout changement de mon état de santé ou de la prise de médicaments avant chaque nouvelle séance de soins dans ce cabinet.

Date et signature :