

Préparez votre visite au cabinet dentaire EVIDENT

Docteurs Ambre CAVAGNA, Jacques RADISSON et
Vincent LE GUEUT



Documents à prévoir

Merci de remplir et de renvoyer par e-mail les documents complétés au minimum 48 heures avant votre rendez-vous :

- Fiche d'informations personnelles
- Questionnaire médical

Merci de vous munir du document suivant dûment rempli pour venir à votre rendez-vous :

- Attestation de déplacements dérogatoire

Horaires d'ouverture

Les horaires du cabinet :

du lundi au jeudi

8h30 - 13h / 14h - 18h

vendredi

8h30 - 13h / 14h - 17h

Les horaires du secrétariat :

lundi, mardi et jeudi

9h15 - 12h45 / 13h45 - 17h30

vendredi

9h15 - 12h45 / 13h45 - 17h

Fermé le mercredi

Contact & Plan d'accès



Cabinet dentaire EVIDENT

Pôle santé des Récollets

**2ème étage au dessus de
la pharmacie des Récollets**

64 avenue Berthelot
26100 ROMANS SUR ISERE

contact@selarlevident.fr
04 75 70 40 96

Informations personnelles



M. Mme Date de naissance

Nom Prénom

Votre adresse

Code postal Ville

Votre téléphone : Personnel Travail Portable

Votre email : Personnel Travail

En cas d'urgence, qui doit-on contacter ?

Nom Prénom

Votre téléphone : Personnel Travail Portable

Pour les enfants mineurs, informations concernant le représentant légal :

Nom Prénom

Votre adresse

Code postal Ville

Votre téléphone : Personnel Travail Portable

Vous avez été adressé(e) à notre cabinet par :

Votre dentiste Votre médecin Autre (Précisez) :

Nom Nom Nom

Ville Ville Ville

1 - Etes-vous en bonne santé ?	OUI	NON	NSP	1' - Fumez-vous ? Si oui, quelle quantité journalière ?	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A propos de vos dents :

2 - Vos gencives saignent-elles au brossage ?	OUI	NON	NSP	7 - Avez-vous déjà eu des problèmes sérieux liés à des traitements dentaires ?	OUI	NON	NSP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 - Avez-vous déjà eu des blessures du crâne, de la face ou des mâchoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Avez-vous des douleurs dans les oreilles ou dans le cou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 - Avez-vous déjà eu des problèmes avec vos articulations de la mâchoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Avez-vous déjà eu un traitement paradontal (des gencives) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 - Avez-vous d'autres problèmes dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Avez-vous des prothèses amovibles ? Les supportez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Pour les femmes uniquement :

11 - Etes-vous ou pensez-vous être enceinte ?	OUI	NON	NSP	12 - Allaitiez-vous ?	OUI	NON	NSP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quelle est la date prévue de l'accouchement ? <input type="text"/>				13 - Prenez-vous un traitement de substitution hormonal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire médical



A propos de votre santé :

OUI NON NSP

OUI NON NSP

14 - Avez-vous connu des modifications de votre état général au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Etes-vous actuellement en cours de traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Date de votre dernier examen médical ?	<input type="text"/>		
17 - Avez-vous eu un problème de santé sévère, une intervention chirurgicale ou été hospitalisé(e) au cours de ces 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel problème ?	<input type="text"/>		
18 - Prenez-vous ou avez-vous pris récemment un traitement médicamenteux sur prescription ? (joindre une copie de l'ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 - Prenez-vous ou avez-vous pris récemment un traitement médicamenteux non prescrit par un médecin ? (joindre la liste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Vos médecins :			
a - Médecin traitant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
b - Cardiologue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
c - Autre spécialiste (précisez)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Vous êtes allergique :

21 - Aux anesthésiques locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - A l'aspirine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - A la pénicilline ou autres antibiotiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Aux barbituriques, sédatifs ou autres calmants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - A la codéine ou aux autres narcotiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Au latex ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - A l'iode ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Au foin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 - A certains animaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - A certains aliments ? (Si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 - A d'autres produits ? (Si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 - A des métaux ? (Si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez SVP si vous souffrez ou avez souffert d'une des pathologies suivantes :

33 - Saignement anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 - SIDA ou infection HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 - Anémie, troubles sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 - Arthrite, douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 - Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 - Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 - Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quand ?	<input type="text"/>		
40 - Ecchymoses fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 - Cancer, chimiothérapie, radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 - Pathologies cardiaques (si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Artériosclérose		
<input type="checkbox"/> Valve artificielle	<input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque congénitale		
<input type="checkbox"/> Défaut coronarien	<input type="checkbox"/> Pathologie artérielle (coronaire)		
<input type="checkbox"/> Déficience valvulaire	<input type="checkbox"/> Attaque cardiaque		
<input type="checkbox"/> Arythmie	<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque		
<input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> Hypertension		
<input type="checkbox"/> Hypotension	<input type="checkbox"/> Prolapsus de la valve mitrale		
<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu		

43 - Immunodépression médicamenteuse, ou pathologique ou liée à des radiations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 - Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez Type I <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/>			
45 - Asialie (bouche sèche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 - Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 - Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 - Troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a - Emphysème <input type="checkbox"/>			
b - Bronchite chronique <input type="checkbox"/>			
49 - Troubles sinusiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 - Ulcérations buccales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 - Attaques cérébrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 - Avez-vous une autre pathologie, ou un problème que vous souhaitez porter à la connaissance du praticien ? (Si oui, précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>		
53 - Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement à base de Biphosphonates ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 - Avez-vous une prothèse articulaire (hanche, genou, épaule, doigt) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie avoir lu et compris le document ci-dessus, et avoir fourni tous les éléments concernant mon état de santé.

Je m'engage à prévenir l'équipe soignante de toute modification pouvant survenir sur mon état de santé et les traitements médicamenteux qui me seraient éventuellement prescrits.

Je soussigné(e),, représentant(e) légal(e) de l'enfant mineur sus nommé(e), certifie avoir lu et compris le document ci-dessus, l'avoir rempli conformément aux instructions et avoir fourni tous les éléments concernant l'état de santé du patient.

Je m'engage à prévenir l'équipe soignante de toute modification pouvant survenir sur l'état de santé de l'enfant et les traitements médicamenteux qui lui seraient éventuellement prescrits.

Date :

Signature du patient :
(ou du représentant légal pour les mineurs)



Madame, Monsieur,

Les recommandations sanitaires actuelles nous imposent de vous interroger sur votre état de santé avant votre rendez-vous. À ce jour, l'utilisation systématique de tests sérologiques ou de diagnostic direct pour adapter la prise en charge clinique des patients en cabinet dentaire n'est pas recommandée.

Ainsi, nous vous demandons d'entourer le groupe auquel vous appartenez :

Groupe A	Patient sans symptômes évocateurs de COVID-19 ^(a) et qui ne répond pas aux caractéristiques des groupes B, C et D
Groupe B	Patient sans symptômes évocateurs de COVID-19 ^(a) , sans contact à risque mais à risque accru de développer une forme grave de la maladie ^(b)
Groupe C	Patient sans symptômes évocateurs de COVID-19 ^(a) mais en contact étroit avec une personne avérée COVID-19 ou avec des symptômes évocateurs de COVID-19 ^(a)
Groupe D	Patient COVID-19 avéré ou présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ^(a)

(a) Principaux signes : Toux, maux de gorge, difficulté respiratoire, essoufflement, perte de goût ou d'odorat, fièvre (>38°) ou sensation de fièvre, diarrhée, vomissements.

(b) Principaux facteurs de risque : âge > 65 ans, HTA compliquée, maladie respiratoire chronique, diabète non équilibré, femme enceinte (3^{ème} trimestre), insuffisance cardiaque, obésité (IMC > 30), immunodépression congénitale ou acquise.

Nom :

Prénom :

À Romans sur Isère

Le/...../.....

Signature :

ATTESTATION DE DÉPLACEMENT DÉROGATOIRE

En application du décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Je soussigné(e),

Mme/M. :

Né(e) le :, à :

Demeurant :

certifie que mon déplacement est lié au motif suivant (cocher la case) autorisé par le décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire :

Note : les personnes souhaitant bénéficier de l'une de ces exceptions doivent se munir s'il y a lieu, lors de leurs déplacements hors de leur domicile, d'un document leur permettant de justifier que le déplacement considéré entre dans le champ de l'une de ces exceptions.

1. Déplacements entre le domicile et le lieu d'exercice de l'activité professionnelle ou un établissement d'enseignement ou de formation ; déplacements professionnels ne pouvant être différés ; déplacements pour un concours ou un examen.

Note : à utiliser par les travailleurs non-salariés, lorsqu'ils ne peuvent disposer d'un justificatif de déplacement établi par leur employeur.

2. Déplacements pour se rendre dans un établissement culturel autorisé ou un lieu de culte ; déplacements pour effectuer des achats de biens, pour des services dont la fourniture est autorisée, pour les retraits de commandes et les livraisons à domicile.

3. Consultations, examens et soins ne pouvant être assurés à distance et l'achat de médicaments.

4. Déplacements pour motif familial impérieux, pour l'assistance aux personnes vulnérables et précaires ou la garde d'enfants.

5. Déplacements des personnes en situation de handicap et leur accompagnant.

6. Déplacements en plein air ou vers un lieu de plein air, sans changement du lieu de résidence, dans la limite de trois heures quotidiennes et dans un rayon maximal de vingt kilomètres autour du domicile, liés soit à l'activité physique ou aux loisirs individuels, à l'exclusion de toute pratique sportive collective et de toute proximité avec d'autres personnes, soit à la promenade avec les seules personnes regroupées dans un même domicile, soit aux besoins des animaux de compagnie.

7. Convocations judiciaires ou administratives et déplacements pour se rendre dans un service public.

8. Participation à des missions d'intérêt général sur demande de l'autorité administrative.

9. Déplacements pour chercher les enfants à l'école et à l'occasion de leurs activités périscolaires.

Fait à :

Le :, à :

(Date et heure de début de sortie à mentionner obligatoirement)

Signature :

Pour lutter contre
l'épidémie,
téléchargez



#Tous
AntiCovid