

# 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

## 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](mailto: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"/>
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)