

Questionnaire médical, dentaire et administratif

Identité et coordonnées du patient :

Prénom :

Nom :

Adresse :

N° Tél :

E-mail :

Profession :

Identité et coordonnées du responsable légal si différent :

Préciser le lien avec le patient (parent, curateur, tuteur, personne de confiance)

Pour quelles raisons souhaitez-vous un rendez-vous ?

Coordonnées du médecin :

Antécédant médicaux et chirurgicaux :

Pathologies actuelles :

Avez-vous des allergies à certains produits ou médicaments ?

Prenez-vous des médicaments ? si oui, lesquels (+ joindre l'ordonnance)

Cochez la case correspondant à votre situation :

Prenez-vous les médicaments suivants ?

Bisphosphonates

Corticoïdes

<input type="checkbox"/> Anti-agrégant plaquettaire	Préciser votre dernier INR :
<input type="checkbox"/> Acenocoumarol (SINTROM ou MINISINTROM)	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (XARELTO)
<input type="checkbox"/> Fluidione (PREVISCAN)	<input type="checkbox"/> Apixaban (ELIQUIS)
<input type="checkbox"/> Warfarine (COUMADINE)	<input type="checkbox"/> Dabigata (PRADAXA)

Etes-vous :

Enceinte

Fumeur : depuis combien de temps/combien de cigarettes par jour ?

Diabétique

Hémophile

Atteint de déficience immunitaire, précisez...

Atteint de handicap, précisez

04 67 84 37 07 • cabinetdentaire.saintclement@gmail.com

Nouvelle adresse • 176, avenue du Pin Parasol 34980 Saint-Clément de Rivière France

Etes-vous détenteur des attestations suivantes (si oui, les joindre)

- ALD (Affection Longue durée)
 AEEH (Allocation Education de l'Enfant handicapé)
 PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

Brossage des dents:

- Seul Aidé (précisez par qui)
 Matin Midi Soir
 Brosse à dent manuelle Electrique

Je change de brosse à dents tous les

J'utilise :

- Le fil dentaire Les brossettes interdentaires ...

Je saigne au brossage

J'ai mal aux dents, depuisoù?

<input type="checkbox"/> Au froid	<input type="checkbox"/> A l'acidité
<input type="checkbox"/> Au chaud	<input type="checkbox"/> A la mastication

Il me manque des dents à causes :

<input type="checkbox"/> Caries	<input type="checkbox"/> Infections	<input type="checkbox"/> Déchassement	<input type="checkbox"/> Extractions orthodontiques
---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

Je grince des dents

Mes mâchoires claquent ou craquent

Je fais du sport, précisez :

Je fais un métier de bouche, ou je suis gourmand, précisez :

Etes-vous satisfait de votre sourire ?

De vos prothèses actuelles ?

Qu'aimeriez-vous changer, améliorer ?

Transport :

<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Accompagné par	<input type="checkbox"/> Sur un fauteuil	<input type="checkbox"/> Sur un brancard
-------------------------------	---	--	--

Nous vous rappelons que :

Le patient doit venir accompagner, si nécessaire, avec :

- O sa carte vitale à jour,
- O son ordonnance
- O ses radiographies dentaires, s'il les a
- O les attestations dont il bénéficie

Le cabinet ne réalise pas le tiers payant sauf pour les patients ayant la CMU.

Au cours de la première consultation, nous réalisons les examens possibles et nécessaires (photographies, les radiographies...) à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement.

Nous réaliserons aussi les soins d'urgence afin que le patient reparte sans douleur, ainsi qu'un détartrage pour qu'il rentre la bouche propre.

En règle générale, le diagnostic, le plan de traitement et les devis attenants, s'il y a lieu, sont présentés au patient et à son responsable légal lors de la séance suivante.

Afin d'optimiser les séances et dans le but de réduire au maximum le nombre de déplacements du patient, merci de nous communiquer ce dossier rempli 48h avant le rendez-vous fixé.

Si vous êtes très anxieux voire phobique à l'idée de réaliser des soins dentaires, nous pouvons réaliser la séance sous sédation consciente : un gaz, le MEOPA vous permettra d'être calme et détendu pendant les soins.

Si vous avez besoin d'améliorer votre technique pour vous brosser les dents, nous vous proposons une séance d'apprentissage aux techniques d'hygiène.

Pour plus de renseignements, et dans l'attente de vous rencontrer, nous restons à votre disposition par téléphone ou par mail.

Bien cordialement,

Le Dr GRECO et son équipe

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Après que Monsieur ou Madame
agissant en tant que responsable légal de

nous ait donné son consentement éclairé (consécutivement à toutes les informations
indicatives et contre indicatives qui lui ont été données et exposées), après bilan clinique
et étude des examens complémentaires, il a été décidé, après avoir envisagé les
différentes possibilités, d'avoir recours à la thérapeutique suivante :

.....
.....
.....

Réserves doivent être faites quant à :

.....
.....
.....

Pour les soins décrits ci-dessus, la participation de la Sécurité Sociale, sous réserve de
son acceptation, est fixée à la date de ce jour à : ... / ... /

Montant des honoraires :

Qui se répartissent de la façon suivante : voir le devis détaillé

Fait en 2 exemplaires signés par les deux parties à Saint Clément de Rivière

Le : ... / ... /

Le patient

Le praticien

Consentement éclairé destiné aux patients soignés sous sédation consciente au MEOPA

Nous allons réaliser des soins dentaires sous sédation consciente, en utilisant un gaz appelé MEOPA (Mélange Equimolaire de Protoxyde d'Azote et d'Oxygène). L'effet de ce gaz est de calmer le patient, réduire l'anxiété, d'améliorer son confort et la coopération.

Le gaz est administré par un masque placé sur le nez et la bouche du patient pendant trois minutes. Il respire normalement de façon continue jusqu'à ressentir un effet de détente et de relaxation. Le masque est ensuite déplacé sur le nez uniquement, pour permettre les soins dentaires.

Dès l'arrêt de l'inhalation, les effets se dissipent très rapidement : en trois minutes.

Le patient restera conscient, éveillé, détendu, il ne s'agit en aucun cas d'une anesthésie générale mais d'une sédation consciente.

Les effets ressentis lors de l'administration du MEOPA peuvent être une modification de la perception sensorielle, euphorie, distorsion des sons, sensation de vertige, état de pseudo rêve, fourmillement des extrémités.

Il est possible mais rare d'observer des effets indésirables (nausée, vomissement, angoisse, vertiges, paresthésies, modification sensorielles, céphalées) mais ces effets disparaissent dès l'arrêt de l'administration du gaz.

Il peut y avoir un échec de cette technique du fait d'une excitation paradoxale.

Une légère amnésie de la séance est possible.

Le coût de la sédation est de 100 € par séance (non pris en charge par la sécurité sociale).

Mr, Mme, Mlle

Certifie avoir :

- Reçu une information détaillée sur les modalités de la sédation consciente, les bénéfices et possibles effets indésirables.
- Prévenu le praticien d'un éventuel traitement médicamenteux.

A

Le

Signature