

6. Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? NON / OUI ; Si oui lesquelles ?

.....

7. Avez-vous été hospitalisé ces deux dernières années ? NON / OUI

Raison :

8. Connaissez-vous votre tension artérielle ? NON / OUI

Valeurs :

9. Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales/ soins dentaires ?

NON / OUI ; Si oui lesquelles ?

.....

10. Si patient fumeur, merci de préciser le nombre de cigarettes/paquet par jour

.....

11. Avez-vous des allergies ? NON / OUI ; Si oui lesquelles ?

.....

12. Avez-vous eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ?

NON / OUI ; La durée :

13. En cas de grossesse, merci de nous indiquer la date prévue de l'accouchement :

.....

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces renseignements.

En cas de modification de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, J'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :