

BILAN DE SANTE CONFIDENTIEL

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Nom de jeune fille :

Profession :

N° de Sécurité sociale : Bénéficiaire CMU : o oui o non

Bénéficiaire ACS : o oui o non

Adresse :

..... Adresse mail :

..... Tél. fixe : Tél. portable

:

Nom et ville du **médecin traitant** :

Nom et ville du **dentiste traitant** :

1. Liste de vos médicaments :

.....
.....

2. Entourez les maladies que vous avez eues :

Troubles cardiaques	Tuberculose	Infection rénale
Allergies	Rhumatisme art. aigu.	Asthme
Diabète	Hépatite	Hémophilie
Anémie	Epilepsie	Autres :

3. Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction ?

4. Avez-vous des allergies aux anesthésiques, au latex, à l'iode, à la pénicilline ou autres ?

5. Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA ? Etait-il + ou - ?

6. Avez-vous été traité(e) par chimiothérapie ? A quelle date ?

7. Avez-vous pris un traitement aux biphosphonates ?

Fosamax, Actonel, Bonviva, Arédia, Clastoban, Lytos, Skelid, Bondromat, Aclasta, Zometa ?

8. Etes-vous enceinte ? De combien de mois ?

9. Fumez-vous? Nombre de cigarettes par jour :

A ce jour et dans les 3 dernières semaines avez-vous eu un des symptômes suivants :

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Fièvre (>38°). | <input type="radio"/> Maux de gorge | <input type="radio"/> Maux de tête/Céphalées |
| <input type="radio"/> Difficulté respiratoire | <input type="radio"/> Diarrhées | <input type="radio"/> Nausées, vomissements |
| <input type="radio"/> Perte de goût brutale | <input type="radio"/> Toux sèche | |
| <input type="radio"/> Perte d'odorat brutale | <input type="radio"/> Courbatures | |

Dans les 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit avec une personne

➤ **ayant présenté ces signes?** o oui o non

➤ **diagnostiquée COVID-19?** o oui o non

Avez-vous été diagnostiqué(e) COVID-19 ? o oui o non **Quand ?**

O J'ATTESTE SUR L'HONNEUR DE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CE JOUR DATE

SIGNATURE