

Dr Jacques Attias

SOLUTIONS IMPLANTAIRES ET PROTHÉTIQUES

Docteur en Chirurgie Dentaire
D.U. d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique - Paris VII
D.U. de Chirurgie Pré et Péri-Implantaire - Paris XI
C.E.S. de Prothèse Scellée et de Biologie Buccale
Attaché d'Enseignement en Implantologie
à l'Hôpital Garancière-Rothschild
92 4 701 212 C.



Pôle Santé

15, le Parvis de la Défense
92092 Paris la Défense
Tél : 01 47 75 99 99
Fax : 01 47 73 71 23
www.attias-dentiste.fr
dentiste@attias.eu.com

Veillez avoir l'obligeance de remplir cette fiche dont les renseignements, qui demeureront strictement confidentiels, peuvent être utiles à la conduite de votre traitement :

Nom : Prénom :
Adresse domicile :
.....
Tel bureau : Tel domicile :
Date de naissance : N° sécurité sociale
Profession : E mail
Par qui êtes vous adressé ?

BILAN DE SANTE CONFIDENTIEL :

1° Etes-vous en bonne santé ? OUI NON
2° Suivez-vous un traitement médical actuellement ? OUI NON
Si oui, pour quelle raison ?

3° Prenez-vous des médicaments ? OUI NON
Si oui, lesquels ?

Nom et adresse du médecin traitant :
Tel :

4° Entourez, s'il vous plaît, les maladies que vous avez eues :

Troubles cardiaques	tuberculose	infection rénale
Allergies	rhumatismes art. aigu	asthme
Diabète	infection hépatique	hémophilie
Anémie	épilepsie	autres.....

Si vous êtes allergique, à quoi ?

5° Avez-vous eu des problèmes suite à une anesthésie dentaire ? OUI NON
6° Avez-vous des réactions anormales aux médicaments tels que les pénicillines ? OUI NON
7° Avez-vous subi une radiothérapie ? OUI NON
8° Etes-vous séro-positif ? OUI NON
9° Etes-vous fumeur ? OUI NON

DATE :

SIGNATURE