

FICHE CLINIQUE PRE-OPERATOIRE EN ODONTOSTOMATOLOGIE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
WILAYA DE :

Fiche N° :

ETABLISSEMENT : public privé

ADRESSE, Tél. :

DATE/...../.....

NOM : PRENOM : AGE :

Nom de l'accompagnateur (s'il s'agit de mineur) :

CARNET DE SANTE : Disponible oui non

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX oui non

Si oui préciser :

ANTECEDENTS CARDIAQUES oui non

Si oui préciser : Chirurgie Infarctus Anticoagulants

Pace Maker HTA AVC

ANTECEDENTS HEMATOLOGIQUES oui non

Si oui préciser :

Hémorragies spontanées Hémorragies provoquées Anomalies hémostase primaire

Ecchymoses Anomalies de la coagulation Hémorragies après ext. dentaire

Si autres préciser :

ANTECEDENTS ALLERGOLOGIQUES oui non

Si oui préciser : Urticaire Rhinite Asthme Allergie médicamenteuse

Si autres préciser :

AUTRES ANTECEDENTS oui non

Si oui préciser : Convulsions Cyanose Perte de connaissance

Diabète Insuffisance rénale R.G.O

Infection virale RAA Autres

Si autres préciser :

DENT CAUSALE N° : Extraire oui non

Si non préciser :

MEDICATION oui non

Si oui préciser :