Dr Marc SABEK
Chirurgien-dentiste

Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur en Droit
Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine
Lauréat de l'Académie Nationale Chirurgie Dentaire
Expert près la Cour d'appel d'Orléans

Dr Roxane SABEK
Chirurgien-dentiste

Fiche d'informations confidentielles

Nom Nom de jeune fille Prénom(s)	Date de naissance N° SS Profession
Adresse Rue Ville Code postal	**Contacts** Tél domicile Tél portable Courriel:
Caisse de sécurité sociale CSS (CMU/ACS): ☐oui ☐non	Complémentaire santé AME: ☐oui ☐non
Êtes-vous adressé par un praticien, une connaissance?	Motif particulier de la consultation

Apporter justificatif (attestation) des droits de sécurité sociale & la carte Vitale à jour

Informations médicales GÉNÉRALES

Êtes-vous atteint (ou l'avez vous été) de l'une des affections suivantes *Préciser dates, traitements, interventions, remarques...*	
CARDIAQUES (souffle cardiaque, angine de poitrine, infarctus, hypertension, athérosclérose...)	
RESPIRATOIRES (bronchite chronique,...)	
ALLERGIQUES (asthme, allergies aux anesthésiques, aux antibiotiques, à l'aspirine, à certains aliments,...)	
DIGESTIVES (nausées et vomissements, brûlures d'estomac, ulcère,...)	
SANGUINES (traitement anticoagulant, hémophilie, saignement fréquent et prolongé,..)	
VIRALES (hépatite virale A, B, C, HIV,...)	
NERVEUSES (perte de connaissance, malaise, état dépressif, épilepsie,..) Suivi psychologique	
HORMONALES Diabète, problèmes thyroïdiens,...	
Traitement par Rayons X	
Pour les personnes concernées Êtes-vous enceinte? Date de début de grossesse? Le cas échéant, nombre de grossesses antérieures	

Informations médicales **BUCCODENTAIRES**	
Traitement buccodentaire en cours? Parodontal? Orthodontique? Quand?	
Dernier **examen buccodentaire**	Date:
Dernier **examen radiologique** complet des mâchoires	Date:
Sensibilité dentaire: Au froid? au chaud, aux sucres? à la mastication?	
Vos **gencives saignent**-elles au brossage?	
Quel type de **brosse à dent** utilisez-vous? Quel dentifrice? A quels moments brossez-vous les dents?	
Traumatisme dentaire: Quelle(s) dent(s)? date? suites?	
Tics ou habitudes: Succion du pouce, biberon, tétée de la langue,...	
Tabac: Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes/j?	
Autres informations que vous jugez utiles pour préparer au mieux votre première consultation Dents mobiles ou déchaussées, mauvaise haleine, de mauvais goût au réveil, difficulté avec la prothèse…	
Médications en cours: *Apportez vos ordonnances*	
Votre médecin traitant: nom et tél	

⚠️ Je m'engage à

- informer le chirurgien-dentiste de tout changement de mon état de santé, de tout changement d'adresse, etc.
- respecter les règles de sécurité sanitaire du cabinet dentaire, en ôtant préalablement, de la tête et du visage, tout bijoux, piercings faciaux et buccaux, objets (boucles, épingles, serre-tête, barrettes, pinces, écouteurs, etc.), ou vêtement (chapeau, casquette, perruque, écharpe, foulard, fichu, calotte, kippa, casque, etc.)

Fait à Tours, le

Signature

La tenue de votre dossier est assurée sur un support informatisé, protégé selon les normes de sécurité en vigueur. La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 et le RGPD vous donnent un droit d'accès et de rectification.