

HISTOIRE MÉDICALE ET DENTAIRE

M/Mme

NOM DE FAMILLE : _____

EN CAS D'URGENCE ON PEUT JOINDRE :

PRÉNOM : _____

NOM : _____

ADRESSE : _____

LIEN : _____

VILLE : _____

TÉLÉPHONE : _____

CODE POSTALE : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

TÉLÉPHONE (résidence) : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉPHONE (travail) : _____

Avez-vous une assurance dentaire?

OUI NON

CELLULAIRE (s'il y a lieu) : _____

Si oui, le nom de la compagnie d'assurance : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

DATE DE NAISSANCE : (jr/ms/an) ____ / ____ / ____

de police : _____

ASS. MALADIE : _____ EXP : _____

d'identification: _____

QUI VOUS A RÉFÉRÉ À NOTRE CLINIQUE ?

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide sociale?

OUI NON

HISTOIRE DENTAIRE

À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste? _____

Quels ont été les soins reçus : _____

Avez-vous présentement des problèmes ? OUI NON

Si oui, lesquels? _____

Est-ce que vos gencives saignent, sont sensibles ou irritées? OUI NON

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents? OUI NON

Avez-vous perdu des dents autres que vos dents de sagesse? OUI NON

Avez-vous eu des traitements de :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> PARODONTIE(soins des gencives) | <input type="radio"/> PONT(S) ET COURONNE(S) |
| <input type="radio"/> ENDODONTIE(traitement de canal) | <input type="radio"/> PARTIEL(S) ET/OU PROTHÈSE(S) |
| <input type="radio"/> ORTHODONTIE(broches) | <input type="radio"/> IMPLANTS |

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin ou l'avez-vous été au cours de la dernière année?

OUI NON

2. À quand remonte votre dernier examen médical? _____

3. Y a-t-il eu un changement de votre état de santé au cours de la dernière année? OUI NON

4. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits ou non, des suppléments alimentaires ou autres?

Si oui, précisez lesquels _____ OUI NON

5. Souffrez-vous d'allergies? OUI NON INCERTAIN
 Si oui, lesquelles : a) médicaments b) latex/caoutchouc
 c) autre(s) (rhume des foins, alimentaire...) Précisez : _____
6. Avez-vous déjà eu une réaction suite à la prise d'un médicament ou d'une injection? (anesthésie) OUI NON
 Si oui, précisez : _____
7. Souffrez-vous d'asthme? OUI NON
8. Avez-vous des problèmes cardiaques ou de tension artérielle (haute ou basse pression)? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
9. Avez-vous présentement ou eu dans le passé, un souffle au cœur ou une fièvre rhumatismale? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
10. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genoux)? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
11. Votre médecin vous a-t-il avisé de prendre des antibiotiques avant tout traitement dentaire? OUI NON
12. Avez-vous une condition ou un traitement qui affecte votre système immunitaire(leucémie, SIDA, porteur de HIV, radiothérapie, chimiothérapie)? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
13. Avez-vous déjà eu des problèmes au foie tels que l'hépatite, la jaunisse ou autres? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
14. Avez-vous eu des problèmes de coagulation, saignement anormal ou prolongé? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
15. Avez-vous eu déjà été opéré(e) ou hospitalisé(e)? OUI NON
 Si oui, précisez : _____
16. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :
- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> Douleur à la poitrine | <input type="radio"/> souffle court | <input type="radio"/> cancer | <input type="radio"/> épilepsie |
| <input type="radio"/> Angine | <input type="radio"/> valve prothétique | <input type="radio"/> ostéoporose | <input type="radio"/> maladie rénale |
| <input type="radio"/> Insuffisance cardiaque | <input type="radio"/> pacemaker | <input type="radio"/> problèmes thyroïdiens | <input type="radio"/> maladie de la peau |
| <input type="radio"/> Maladie pulmonaire | <input type="radio"/> ulcère d'estomac | <input type="radio"/> anémie | <input type="radio"/> maux de tête fréquents |
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> MTS | <input type="radio"/> dépendance à l'alcool/drogues | <input type="radio"/> maux d'oreilles |
| <input type="radio"/> Tuberculose | <input type="radio"/> troubles anxieux | <input type="radio"/> sinusite fréquente | <input type="radio"/> arthrite |
| <input type="radio"/> Évanouissements | <input type="radio"/> problèmes oculaires(Ex: glaucome) | | |
- Autres : _____
17. Fumez-vous? OUI NON
18. Êtes-vous nerveux lors des traitements dentaires? OUI NON INCERTAIN
19. Femme : êtes-vous enceinte ou allaitez-vous? OUI NON INCERTAINE
 Si enceinte, la date prévue de l'accouchement : _____
- Au meilleur de ma connaissance, ces informations sont exactes. Je m'engage à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

SIGNATURE _____ SIGNATURE DU DENTISTE _____ DATE _____