

NOM DU PATIENT: _____ TÉL.(MAISON): _____

ADRESSE: _____ TÉL.(BUREAU): _____

_____ CELL.: _____

_____ COURRIEL: _____

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE, VEUILLEZ LE SIGNALER À LA RÉCEPTIONNISTE.

Notre cabinet dentaire tâche de maintenir un cadre professionnel sûr pour les patient(e)s et pour le personnel. Notre but premier est de vous assurer les meilleurs soins dentaires possibles. Les questions de ce formulaire sont importantes pour notre exercice, afin de respecter nos normes de sécurité, de professionnalisme et de traitement. Toutes les réponses à ces questions resteront strictement confidentielles. Veuillez noter ceci: si vous remplissez ce formulaire pour votre enfant ou pupille, "vous" ou "votre" se rapporte toujours aux antécédents médicaux de votre enfant ou pupille.

MÉDECIN _____ TÉL _____ SPÉCIALISTE _____ TÉL _____

- N Pensez-vous que vous êtes en bonne santé?
- N Y a-t-il eu des changements notables dans votre état de santé au cours des deux dernières années?
Si OUI, veuillez décrire ces changements: _____
- N Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des deux dernières années?
Si OUI, donnez la ou les raisons de votre hospitalisation: _____
- N Souffrez-vous d'allergies ou avez-vous mal réagi à des médicaments ou des anesthésiques (Y compris des analgésiques et des antibiotiques)?
Si OUI, veuillez indiquer la ou les substances et la ou les réactions: _____
- N Avez-vous récemment pris ou prenez-vous actuellement des médicaments prescrits, de quelque nature qu'ils soient?
Si OUI, veuillez indiquer les médicaments prescrits: _____
- N Avez-vous récemment pris ou prenez-vous actuellement des médicaments NON prescrits, de quelque nature qu'ils soient?
Si OUI, veuillez indiquer les médicaments non prescrits: _____
- N Vous a-t-on déjà prescrits une couverture antibiotique pour des travaux dentaires passés?
Si OUI, veuillez décrire les antibiotiques et la raison pour laquelle ils étaient nécessaires: _____
- N Croyez-vous que vous êtes enceinte?
Si OUI, précisez la date d'accouchement prévue: _____
- N Prenez-vous des pilules contraceptives?
- N Est-ce que vous fumez ou utilisez quelque produit du tabac?
- N Est-ce que vous fumez ou consommez des drogues à usage récréatif de quelque nature qu'elles soient?
- N Y a-t-il dans votre famille des antécédents d'hyperthermie maligne?

Êtes-vous prédisposé(e):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> aux évanouissements? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'angine? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de désordres thyroïdiens ou glandulaires? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> aux étourdissements? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'accidents cérébrovasculaires? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> un transfusion de sang ou de produits sanguins? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> aux pertes de consciences? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de diabète? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de drépanocytose? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> aux convulsions ou d'épilepsie? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de la scarlatine, de rhumatisme articulaire aiguë? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de pneumonie? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> à des saignements excessifs? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de maladies coronariennes? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de fibrose kystique? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> à vous contusionner facilement? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'un prolapsus de la valvule mitrale? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'asthme? |
| Avez-vous subi une opération ou vous a-t-on recommandé d'en subir une pour: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'un souffle au coeur? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de dyspnée ou de difficultés respiratoires? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> une transplantation d'organe? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'affections congénitales du coeur? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de la fièvre des foies? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> des cardiopathies? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'artériosclérose? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de problèmes de sinus? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> un remplacement d'articulation? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de tension artérielle basse ou élevée? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'arthrite? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> un stimulateur cardiaque? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de troubles de l'alimentation? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'allergie au métal? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> l'implant d'une valvule cardiaque artificielle? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de gain ou de perte de poids non voulu? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'allergie au latex? |
| Avez-vous eu ou souffrez-vous: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de cancer? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'allergie aux pansements en plastiques? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de troubles d'apprentissage ou de comportement? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de radiothérapie ou de chimiothérapie? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de saignements de nez fréquents? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'une nervosité excessive? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'infection des voies urinaires? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> troubles sanguins? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de troubles de la communication? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de maladies rénales? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'infection par le VIH? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de troubles sensitifs (vue - ouïe)? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'anémie? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> du SIDA ou de maladies reliées au SIDA? |
| <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'infarctus du myocarde? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de tuberculose? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'une infection par l'hépatite A? |
| | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de maladies pulmonaires? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'une infection par l'hépatite B? |
| | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de la maladie de Hodgkin? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> d'autres infections hépatiques? |
| | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de problèmes intestinaux, gastriques ou hépatiques? | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> de la jaunisse? |

N Y a-t-il d'autres maladies, états ou facteurs concernant votre état médical ou vos antécédents médicaux que nous devrions connaître?

Si OUI, prière de décrire ces maladies, états ou facteurs: _____

Si vous désirez parler au dentiste en privé, à propos des questions de ce formulaire, veuillez le signaler à la réceptionniste.

Le profil médical ci-dessus est complet et exact. je n'ai pas délibérément caché des renseignements et j'ai eu la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses au sujet de ce profil médical.

Patient(e) Nom _____

Parent _____

Tuteur-tutrice Signature _____ Date _____

Note du bureau: _____

Tension artérielle:	<input type="text" value="DIA"/>
	<input type="text" value="SYS"/>
Pouls:	<input type="text" value="BPM"/>
Examiné par:	<input type="text"/>