

Renseignements personnels

Prénom _____
 Nom _____
 Sexe M F
 Date de naissance _____
 Ass. Maladie _____ Expiration _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Référé(e) par : En passant Internet Patient Autre

Coordonnées

Tél. domicile _____
 Tél. travail _____
 Tél. cellulaire _____
 Courriel _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom _____
 Téléphone _____
 Lien avec le patient _____

Veillez indiquer si vous souffrez ou avez déjà souffert de : **Oui Non**

Maladie de peau.....
 Maux d'oreilles.....
 Arthrite.....
 Troubles du rein.....
 Troubles thyroïdiens.....
 Maux de tête fréquents.....
 Douleur chronique.....
 Étourdissements, évanouissements.....
 Épilepsie.....
 Ulcères d'estomac.....
 Autres troubles ou maladies du système digestif.....
 Troubles ou maladie du système nerveux.....
 Troubles ou maladie psychiatriques.....
 Rhumes fréquents ou sinusite.....
 Rhume des foins / allergies saisonnières.....
 Diabète.....
 VIH / SIDA.....
 Autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)....
 Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.).....
 Précisez _____
 Asthme.....
 Tuberculose.....
 Autres problèmes pulmonaires.....
 Précisez _____
 Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignement prolongé).....
 Glaucome.....
 Autres problèmes oculaires.....
 Cancer.....
 Ostéoporose.....
 Endocardite (infection au coeur).....
 Autres problèmes cardiaques (infarctus, angine, arythmie, etc.).....
 Précisez _____
 Tension artérielle (pression) haute basse
 Douleur à l'articulation de la mâchoire.....
 Douleur aux dents.....
 Saignement ou douleur aux gencives.....
 Sécheresse de la bouche.....
 Apnée du sommeil.....
 Consommez-vous de l'alcool ?.....
 Précisez : Peu Modérément Beaucoup
 Ronflez-vous ?.....
 Fumez-vous ?.....(ex-fumeur)
 Êtes-vous enceinte ?.....
 Allaitez-vous ?.....

Suivi médical **Oui Non**

Avez-vous déjà reçu des traitements contre le cancer (radiothérapie, chimiothérapie, etc.).....
 Précisez _____
 Avez-vous déjà reçu des traitements contre l'ostéoporose (comprimés, injections, etc.).....
 Précisez _____
 Avez-vous une prothèse articulaire (hanche, genoux, etc.) ?.....
 Avez-vous déjà subi une chirurgie cardiaque.....
 Précisez _____
 Avez-vous déjà subi d'autre(s) chirurgie(s) ou été hospitalisé(e).....
 Précisez _____
 Êtes-vous suivi(e) par un médecin de famille.....
 Nom du médecin _____

Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou de l'intolérance aux produits suivants ?

	Oui	Non		Oui	Non
Latex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesthésiques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvons-nous communiquer avec votre pharmacie au besoin ?.....
 Nom de la pharmacie _____

Veillez indiquer les médicaments que vous prenez ou avez pris dans la dernière année OU nous fournir une liste imprimée par votre pharmacien.

À quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ? _____
 Raison de votre visite aujourd'hui : _____

Veillez noter que des frais de 20,00 \$ pourraient vous être facturés pour tout rendez-vous non respecté.

Personne responsable : Patient lui-même Parent Autre

Nom en lettres moulées (si autre que le patient lui-même)

 Signature du dentiste Date

 Signature Date