

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: M ___ F ___
 Adresse: No.: _____ Rue: _____ App.: _____ Ville: _____
 Code Postal: _____ Tél. Dom.: _____ Tél. Travail: _____ Cell.: _____
 Date de naissance: Jour: ___ Mois: ___ Année: _____ Adresse courriel: _____
 Tuteur: _____
 Référé par: _____
 Dentiste Traitant: _____
 Raison de la visite: _____

HISTOIRE MÉDICALE

OUI NON

1. Êtes-vous sous les soins d'un médecin?
 Si oui:
 Nom: _____
 Tél.: _____
2. Prenez-vous des (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? _____
 Si oui, lesquels? _____
3. Êtes-vous enceinte (si applicable)? _____
4. Prenez-vous des anovulants? (pillule anticonceptionnelle) _____
- Avez-vous souffert ou souffrez-vous de?
5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle) _____
6. Fièvre rhumatismale _____
7. Saignement prolongés _____
8. Anémie _____
9. Tension artérielle (pression): haute ___ basse ___
10. Rhumes fréquents ou sinusite _____
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires _____
12. Troubles digestifs _____
13. Ulcère de l'estomac _____
14. Problèmes du foie (hépatite: virus A, B, C cirrhose, etc.) _____
15. Trouble du rein _____
16. Maladie vénériennes (ITS) _____
17. Diabète _____
18. Troubles thyroïdiens _____
19. Maladies de la peau _____
20. Problèmes oculaires (yeux) _____
21. Arthrite _____
22. Épilepsie _____
23. Troubles nerveux _____
24. Maux de tête fréquents _____
25. Étourdissements et/ou évanouissements _____

OUI NON

26. Maux d'oreilles _____
27. Rhume des foins _____
28. Asthme _____
29. Fumez-vous? _____
30. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)? _____
31. Êtes-vous atteint (e) du SIDA? _____
32. Êtes-vous séro-positif au test du SIDA? _____
33. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)? _____
34. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants:
- | | | OUI | NON | | | OUI | NON |
|-------------|-------|------------|------------|-------------------|-------|------------|------------|
| Aliments | _____ | ___ | ___ | Sulfamides | _____ | ___ | ___ |
| Pénicilline | _____ | ___ | ___ | Codéine | _____ | ___ | ___ |
| Aspirine | _____ | ___ | ___ | Anesthésie Locale | _____ | ___ | ___ |
| Iode | _____ | ___ | ___ | Autres | _____ | ___ | ___ |

35. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles? et quand?

36. Souhaitez-vous discuter de votre santé privé avec votre dentiste?
 Remarque: _____

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL:

HISTOIRE DENTAIRE

Dernière visite: 0-6 mois ___ 6-12 mois ___ + de 12 mois ___

Traitement reçu _____

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:

OUI NON

OUI NON

1. Démonstration d'hygiène buccale _____
2. Traitement de gencives _____
3. Traitement d'orthodontie _____
4. Traitement de canal _____
5. Obturations _____
6. Couronnes (s) et/ou pont(s) _____

7. Prothèses complètes et/ou partielles _____
8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions _____
9. Implants dentaires _____
10. Radiographies dentaires _____
11. Autres _____

Je, soussigné (e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste (s) traitant (s).

Signature _____
 Dentiste traitant

Date ___/___/___
 Jour mois an

On m'a informé (e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste (s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul (s) accès.

Signature _____
 Patient ou responsable

Date ___/___/___
 Jour mois an