

INFORMATION DU PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____ Date de naissance: Jour ____ Mois ____ Année ____
Occupation _____
Tél. Maison _____ Tél. Cellulaire _____ Tél. Travail _____
Quel est le moyen le plus pratique pour vous contacter? Tél. Travail Tél. Maison Tél. Cellulaire
Courriel _____
Adresse _____ Ville _____ Code Postal _____
Personne à joindre en cas d'urgence _____ Téléphone _____
Qui vous a référé(e) ici? _____
Avez-vous une assurance dentaire? Oui Non

Histoire Médicale

- 1) Êtes-vous en bonne santé? _____
- 2) Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? Oui Non
Si oui, pour qu'elle(s) raison(s)? _____
- 3) Prenez-vous des médicaments en ce moment (avec ou sans prescription)? Oui Non
Si oui, S.V.P. précisez : _____

4) Veuillez cocher si vous avez, ou avez déjà eu un des problèmes suivants:

- Allergies. Si oui, précisez: _____
- Fièvre rhumatismale
- Souffle au coeur
- Haute/basse pression
- Anémie
- Ulcères
- Maladie respiratoire
- Problème cardiaque
- Infections transmises sexuellement (ITS)
- Asthme
- Sinusite

- Glaucome
- Migraine
- Diabète
- Maladie rénale
- Problèmes mentaux
- Hépatite/jaunisse
- Alcoolisme
- Sida/VIH
- Prothèse Articulaire
- Problème Articulaire

Autre: _____

Fumez-vous? Oui Non

5) Avez-vous tendance à saigner longtemps après une extraction ou une chirurgie?

6) Avez-vous déjà eu une réaction anormale à une anesthésie? Oui Non

Si oui, S.V.P. précisez: _____

7) Avez-vous déjà eu une réaction à un médicament? Oui Non

Si oui, S.V.P. précisez: _____

8) Est-ce-qu'il y autre chose que nous devrions savoir concernant votre santé?

9) Si vous êtes une femme, êtes vous enceinte? Oui Non

Antécédents Dentaires

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

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Démonstration d'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> Prothèses complètes et/ou partielles |
| <input type="checkbox"/> Traitement des gencives | <input type="checkbox"/> Traitement de chirurgie buccale ou extractions |
| <input type="checkbox"/> Traitement d'orthodontie | <input type="checkbox"/> Implants dentaires |
| <input type="checkbox"/> Traitement de canal | <input type="checkbox"/> Radiographies dentaires |
| <input type="checkbox"/> Obturations | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Couronne(s) et/ou ponts | |

Liste de diffusion

Je souhaite recevoir des informations concernant une éventuelle relocalisation de notre bureau, des changements de nos heures d'ouverture, des conseils dentaire et santé ainsi que d'autres mise à jour importantes.,

DATE _____

SIGNATURE _____