

INFORMATION DU PATIENT

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse _____ Ville _____ Code Postal _____

Date de naissance: Jour ____ Mois ____ Année ____

Tél. Maison _____ Tél. Travail _____ Tél. Cellulaire _____

Adresse courriel _____

Qu'elle façon est plus pratique pour vous d'être contacté? Tél. Maison Tél.Travail Tél.Cellulaire
 Courriel

Personne à joindre en cas d'urgence _____ Téléphone _____

Qui vous a référé(e) ici? _____

Votre occupation _____

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 ou 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 Articulaires
 - Problème Articulaires
 - 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 a 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 :

Démonstration d'hygiène buccale

Prothèses complètes et/ou partielles

Traitement des gencives

Traitement de chirurgie buccale ou extractions

Traitement d'orthodontie

Implants dentaires

Traitement de canal

Radiographies dentaires

Obturations

Autres: _____

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.

Afin de mieux servir nos patients et de faciliter la gestion de notre agenda **nous apprécierions que tout changement à votre rendez-vous nous soit communiqué 1 semaine à l'avance.**

DATE _____

SIGNATURE _____