

CONFIDENTIEL HISTOIRE MÉDICALE

Sexe : _____ Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville: _____ Code postal : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. bureau : _____ cellulaire : _____
 Date de naissance : _____ Courriel : _____
 N° ass. maladie : _____ Date d'expiration : _____
 Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent Parent ou tuteur : _____
 En cas d'urgence, contacter : _____
 Raison de la visite : _____ Adressé par : _____

Êtes-vous prestataire du programme d'aide sociale? : Oui Non

		Oui	Non		Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	29. Problèmes oculaires (yeux).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, raison :				30. Arthrite.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____				30.1 Douleur chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____				31. Ostéoporose.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____				31.1 Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nom du médecin :				31.2 Injection annuelle ou mensuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tél. :				32. Épilepsie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prenez-vous présentement des médicaments ou				33. Troubles nerveux.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	34. Maladies psychiatriques.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquels :				35. Maux de tête fréquents.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____				37. Étourdissements, évanouissements.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____				38. Maux d'oreilles.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____				38. Rhume des foins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	39. Asthme.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spécifiez :				40. Fumez-vous ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____ cig. /jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>		
- des hormones ? Spécifiez :	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	41. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?...	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	de chimiothérapie (tumeur) ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Êtes-vous enceinte ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	42. Êtes-vous atteint du sida ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allaitez-vous ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	43. Êtes-vous séropositif ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :				44. Avez-vous des prothèses articulaires ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Troubles cardiaques	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	45. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 Infarctus	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	46. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits		
6.2 Angine	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	suivants :		
6.3 Problèmes valvulaires	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	46.1 Latex <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.6. Pénicilline <input type="radio"/>
6.4 Souffle au coeur	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	46.2 Aliments <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.7 Codéine <input type="radio"/>
6.5 Maladie cardiaque congénitale	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	46.3 Iode <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.8 Autres antibiotiques <input type="radio"/>
6.6 Douleur à la poitrine avec effort	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	46.4 Aspirine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.9 Anesthésie locale <input type="radio"/>
6.7 Insuffisance coronarienne	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	46.5 Sulfamides <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.10 Autres <input type="radio"/>
6.8 Infection du coeur (endocardite).....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____		_____
6.9 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____		_____
7. Transfusion sanguine	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	47. Consommez-vous des drogues ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Fièvre rhumatismale.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	47.1 Prenez-vous de la méthadone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Problèmes sanguins :				48. Consommez-vous de l'alcool ?		
9.1 Hémophilie.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Fréquence : _____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois		
9.2 Sang clair.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	49. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions		
9.3 Anémie.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	chirurgicales autres que dentaires ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4 Saignement anormal ou hémorragie lors d'une chirurgie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Si oui, lesquelles et quand :		JJ/MM/AAAA
9.5 Autres : Spécifiez	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____ date		_____
10. Tension artérielle (pression) : <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____ date		_____
11. Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	_____ date		_____
12. Perte de connaissance soudaine.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	50. Craignez-vous les traitements dentaires ?		
				<input type="radio"/> Un peu <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Pas du tout		
				51. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec		
				votre dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				52. Assurance dentaire?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oui Non

- 13. Problèmes pulmonaires
 - 13.1 Bronchite chronique
 - 13.2 Pneumonie
 - 13.3 Emphysème
 - 13.4 Tuberculose
- 14. Sinusite
- 15. Jaunisse
- 16. Hépatite B
- 17. Hépatite C
- 18. Troubles digestifs : Spécifiez
- 19. Ulcère de l'estomac.....
- 20. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C,cirrhose,etc.).....
- 21. Troubles du rein.....
- 22. Urinez-vous souvent
- 23. Infections transmissibles sexuellement (ITS).....
- 24. Diabète.....
- 25. Troubles thyroïdiens.....
- 26. Maladies de la peau.....
- 27. Accident cérébro-vasculaire
- 28. Prise de bisphosphonate

- 53. Compagnie d'assurance
- 54. Nom du titulaire
- 55. Date de naissance du titulaire
- 56. Numéro de police ou contrat
- 57. Numéro de certificat ou identification
- 58. Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?
- 59. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire
 - Pages jaunes
 - Internet
 - Feuillet postal
 - Média pages
 - Vitrites de la clinique
 - Je suis déjà un patient de la clinique
 - Référé par un patient de la clinique
- Remarques :

X. _____
SIGNATURE DENTISTE

X. _____
SIGNATURE PATIENT

DATE