# 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 : N° ass. sociale (faculatif) :

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 |
|---|---|---|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? | ◯ | ◯ |
| Si oui, raison : | | |
| Nom du médecin : | | |
| Tél. : | | |
| 2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? | ◯ | ◯ |
| Si oui, lesquels : | | |
| 3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? | ◯ | ◯ |
| Spécifiez : | | |
| - des anovulants ( pilule anticonceptionnelle ) ? | ◯ | ◯ |
| - des hormones ? Spécifiez : | ◯ | ◯ |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? | ◯ | ◯ |
| 5. Êtes-vous enceinte ? | ◯ | ◯ |
| Allaitez-vous ? | ◯ | ◯ |
| **Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :** | | |
| 6. Troubles cardiaques | ◯ | ◯ |
| 6.1 Infarctus | ◯ | ◯ |
| 6.2 Angine | ◯ | ◯ |
| 6.3 Problèmes valvulaires | ◯ | ◯ |
| 6.4 Souffle au coeur | ◯ | ◯ |
| 6.5 Maladie cardiaque congénitale | ◯ | ◯ |
| 6.6 Douleur à la poitrine avec effort | ◯ | ◯ |
| 6.7 Insuffisance coronarienne | ◯ | ◯ |
| 7. Transfusion sanguine | ◯ | ◯ |
| 8. Fièvre rhumatismale | ◯ | ◯ |
| 9. Problèmes sanguins : | | |
| 9.1 Hémophilie | ◯ | ◯ |
| 9.2 Sang clair | ◯ | ◯ |
| 9.3 Anémie | ◯ | ◯ |
| 9.4 Saignement anormale ou hémorragie lors d'une chirurgie | ◯ | ◯ |
| 9.5 Autres : Spécifiez | ◯ | ◯ |
| 10. Tension artérielle (pression) ◯ Basse ◯ Haute | ◯ | ◯ |
| 11. Rhumes fréquents ou sinusite | ◯ | ◯ |
| 12. Perte de connaissance soudaine | ◯ | ◯ |

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| 29. Problèmes oculaires (yeux) | ◯ | ◯ |
| 30. Arthrite | ◯ | ◯ |
| 31. Ostéoporose | ◯ | ◯ |
| 32. Épilepsie | ◯ | ◯ |
| 33. Troubles nerveux | ◯ | ◯ |
| 34. Maladies psychiatriques | ◯ | ◯ |
| 35. Maux de tête fréquents | ◯ | ◯ |
| 37. Étourdissements, évanouissements | ◯ | ◯ |
| 38. Maux d'oreilles | ◯ | ◯ |
| 38. Rhume des foins | ◯ | ◯ |
| 39. Asthme | ◯ | ◯ |
| 40. Fumez-vous ? | ◯ | ◯ |
| Combien de cigarettes? | | |
| 41. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie ( tumeur ) ? | ◯ | ◯ |
| 42. Êtes-vous atteint du sida ? | ◯ | ◯ |
| 43. Êtes-vous séropositif ? | ◯ | ◯ |
| 44. Avez-vous des prothèses articulaires ? | ◯ | ◯ |
| 45. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ? | ◯ | ◯ |
| 46. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants : | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 46.1 Latex | ◯ ◯ | 46.6. Pénicilline | ◯ ◯ |
| 46.2 Aliments | ◯ ◯ | 46.7 Codéine | ◯ ◯ |
| 46.3 Iode | ◯ ◯ | 46.8 Autres antibiotiques | ◯ ◯ |
| 46.4 Aspirine | ◯ ◯ | 46.9 Anesthésie locale | ◯ ◯ |
| 46.5 Sulfamides | ◯ ◯ | 46.10 Autres | ◯ ◯ |

| | | |
|---|---|---|
| 47. Consommez-vous des drogues ? | ◯ | ◯ |
| 48. Consommez-vous de l'alcool ? ◯ Peu ou pas ◯ Modérément ◯ Beaucoup | | |
| 49. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? | ◯ | ◯ |
| Si oui, lesquelles et quand : | | JJ/MM/AAAA |
| date | | |
| date | | |
| date | | |
| 50. Craignez-vous les traitements dentaires ? ◯ Un peu ◯ Beaucoup ◯ Pas du tout | | |
| 51. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ? | ◯ | ◯ |
| 52. Assurance dentaire? | ◯ | ◯ |

| | 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. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire

- ◯ Pages jaunes
- ◯ Internet
- ◯ Feuillet postal
- ◯ Média pages
- ◯ Vitrines 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