

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 ?.....
 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 ?.....
 Allaitiez-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
 6.8 Infection du coeur (endocardite).....
 6.9 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule.....

7. Transfusion sanguine
 8. Fièvre rhumatismale.....
 9. Problèmes sanguins :
 9.1 Hémophilie.....
 9.2 Sang clair.....
 9.3 Anémie.....
 9.4 Saignement anormal 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.....

29. Problèmes oculaires (yeux).....
 30. Arthrite.....
 30.1 Douleur chronique
 31. Ostéoporose.....
 31.1 Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)
 31.2 Injection annuelle ou mensuelle
 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 ?.....
 _____ cig. /jour ou ex-fumeur

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 ?.....
 47.1 Prenez-vous de la méthadone?
 48. Consommez-vous de l'alcool ?
 Fréquence : _____ verres /jour /sem. /mois
 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. Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?
59. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire
- Pages jaunes
- Internet
- Feuillelet postal
- Média pages
- Vitrines de la clinique
- Je suis déjà un patient de la clinique
- Référé par un patient de la clinique
-
- Remarques :
- _____
- _____
- _____

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé
 Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

 Signature du patient ou responsable

 Date

J'autorise le/la _____ à communiquer avec ma clinique pour faire
 le transfert de mon dossier et de mes radiographies.

 SIGNATURE DENTISTE

X. _____
 SIGNATURE PATIENT

 DATE

X.