

Bienvenue à



M. Mme Mlle Dr Adulte Enfant
Nom de famille : _____ Prénom : _____ Nom préféré _____
Adresse: _____ Ville: _____ Prov. : _____ Code postal: _____
Téléphone (____) _____ Trav. (____) _____ Cell.(____) _____
Employeur/École: _____ Occupation : _____
Courriel: _____

Qui devons-nous remercier de vous avoir référé? _____

Médecin de famille : _____ # Téléphone (____) _____

Contact d'urgence : _____ Relation : _____

Téléphone (____) _____

Personne responsable pour ce compte: Moi même Conjoint/Conjointe Parent Autre

Nom: _____ Relation _____

Téléphone (____) _____ Trav. (____) _____ Cell. (____) _____

Méthode de paiement: comptant chèque crédit # _____ exp. _____

Date de naissance : _____
Langue A F
Langue de préférence: _____
Alerte médicale: _____

Assurance primaire

Membre principal: _____
Relation : Vous Conjoint/Conjointe Autre _____
Compagnie d'assurance _____
Police _____ #Division _____
Identification _____

Assurance secondaire

Membre principal: _____
Relation : Vous Conjoint/Conjointe Autre _____
Compagnie d'assurance _____
Police _____ # Division _____
Identification _____

Histoire médicale; S.V.P. cocher **OUI** ou **NON** pour chaque question

Le dentiste a besoin des renseignements suivants pour réaliser le diagnostic et offrir le traitement approprié

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà eu une maladie grave nécessitant une hospitalisation ou de soins médicaux intensifs? S.V.P., indiquez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin?
S.V.P. spécifier : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous eu un examen médical dans la dernière année? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prenez-vous des médicaments régulièrement? Si oui, lesquelles : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous des allergies? (rhume des foins, métal, latex, pénicilline, codéine)?
S.V.P. spécifier : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Est-ce que vos allergies vous causent des maux de tête, l'essoufflement, la constriction thoracique ou de nausées? S.V.P. spécifier: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous été hospitalisé dans les derniers 5 ans?
S.V.P. spécifier : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà fait une réaction inhabituelle à l'un des suivants : (S.V.P. encercler)
Anesthésie locale (geler), aspirine, pénicilline, codéine, sulfamides, barbituriques (somnifères) ou autres médicaments? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous été mis en garde contre certains médicaments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous souvent des ecchymoses ou du saignement spontané? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Avez-vous déjà eu un transplant d'organe ou des implants médicaux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous êtes-vous déjà évanoui? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Est-ce que vos chevilles, pieds ou mains gonflent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ressentez-vous de la douleur dans la poitrine ou un manque de souffle lorsque vous marchez ou vous montez les escaliers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Avez-vous souvent des maux de tête? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Avez-vous le VIH ou le SIDA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Avez-vous déjà eu une chirurgie ou une thérapie par rayons x dans le visage ou la mâchoire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. FEMME SEULEMENT: Êtes-vous enceinte? Si oui, de combien de mois? _____
Prenez-vous la pilule contraceptive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Avez-vous présentement ou avez-vous eu dans le passé une des conditions suivantes :

<input type="checkbox"/> Souffle cardiaque /Crise cardiaque	<input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne	<input type="checkbox"/> Maladie du foie
<input type="checkbox"/> Problème d'estomac/d'intestin	<input type="checkbox"/> Dépendance aux drogues/alcool	<input type="checkbox"/> Prolapsus de la valve mitrale
<input type="checkbox"/> Remplacement d'une articulation	<input type="checkbox"/> Maladie vénérienne	<input type="checkbox"/> Feux sauvages
<input type="checkbox"/> Trouble mental ou nerveux	<input type="checkbox"/> Maladie de poumon (ex. asthme)	<input type="checkbox"/> Jaunisse
<input type="checkbox"/> Haute/basse pression	<input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Hyper (hypo) glycémie	<input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Fièvre rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Hépatites A,B,C
<input type="checkbox"/> Cortisone/Thérapie aux stéroïdes	<input type="checkbox"/> Cancer/Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Herpès
<input type="checkbox"/> Trouble de sinus	<input type="checkbox"/> ACV	<input type="checkbox"/> Problèmes de rein
<input type="checkbox"/> Emphysème	<input type="checkbox"/> Glaucome	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Histoire dentaire - S'il vous plaît, cochez OUI ou NON pour chaque question

	OUI	NON
1. Raison pour la visite? <input type="checkbox"/> Examen <input type="checkbox"/> Nettoyage <input type="checkbox"/> Urgence		
Avez-vous de la douleur dentaire présentement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes dentaires que vous voulez régler le plus tôt possible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. À quelle fréquence visitez-vous le dentiste? 6 mois <input type="checkbox"/> 1 fois par année <input type="checkbox"/> autre _____		
Dentiste précédent? _____ Dernière visite chez le dentiste? _____		
Dernier nettoyage ? _____ Dernières radiographies complètes? _____		
3. À quelle fréquence : brossez-vous vos dents ? _____ utilisez-vous la soie dentaire? _____		
4. Croyez-vous avoir de la mauvaise haleine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que vos gencives saignent facilement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que vos dents sont sensibles: <input type="checkbox"/> au chaud <input type="checkbox"/> au froid <input type="checkbox"/> au sucré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fumez-vous ou utilisez-vous du tabac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà eu une chirurgie des mâchoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous de la douleur dans la mâchoire ou des migraines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous de la douleur quand vous mordez vos dents ensemble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Est-ce que votre mâchoire craque quand vous ouvrez la bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu des: <input type="checkbox"/> broches <input type="checkbox"/> chirurgie buccale <input type="checkbox"/> traitement de gencive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traitement de canal?		
13. Grincez-vous vos dents durant le jour ou le soir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous déjà eu une croissance excessive ou de la douleur anormale en bouche? Si oui, où? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous déjà eu des problèmes avec des traitements dentaires antérieurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Êtes-vous satisfait avec l'apparence de vos dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous d'autres questions concernant votre santé buccale? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La politique du bureau: votre rendez-vous est réservé spécialement pour vous. Si vous êtes incapable de vous présenter, nous exigeons un préavis de 48 heures pour éviter les frais d'annulation.

Je soussigné, certifie que j'ai fourni un historique précis et complet concernant mon information personnelle et médico-dentaire et que je n'ai pas volontairement omis aucune information. J'ai eu l'occasion de poser des questions et recevoir des réponses à toutes mes questions concernant mon histoire médico-dentaire. J'autorise le dentiste à poser le diagnostic et réaliser le traitement jugé nécessaire pour les soins dentaires appropriés. Je comprends également que la consultation avec mon médecin peut être nécessaire, et je consens que mon médecin soit contacté au besoin. Je comprends que la responsabilité des paiements pour les services dentaires reçus par moi et mes personnes à charge est la mienne et je vais assumer la pleine responsabilité pour les frais associés à ces services.

(Signature) Patient Parent Tuteur

Dentiste

Nom

Date