

FORMULAIRE HISTOIRE MÉDICALE

Sexe : F M

Nom: _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. domicile : _____

Tél. bureau : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____

N° ass. maladie : _____

Date d'expiration : _____

N° ass. sociale (facultatif) : _____

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

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui Non

Si oui, raison : _____

Nom du médecin : _____

Tél. : _____

2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? Oui Non

Spécifiez : _____

des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ? Oui Non

des hormones ? Oui Non

4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? Oui Non

5. Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitiez-vous ? Oui Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

6. Troubles cardiaques Oui Non

6.4 Souffle au coeur Oui Non

6.1 Infarctus Oui Non

6.5 Maladie cardiaque congénitale Oui Non

6.2 Angine Oui Non

6.3 Problèmes valvulaires Oui Non

7. Transfusion sanguine Oui Non

9. Problèmes sanguins Oui Non

9.2 Sang clair Oui Non

9.4 Saignement anormal ou hémorragie lors d'une chirurgie Oui
 Non

10. Tension artérielle (pression) Oui Non

12. Perte de connaissance soudaine Oui Non

13.1 Bronchite chronique Oui Non

13.3 Emphysème Oui Non

14. Jaunisse Oui Non

16. Hépatite C Oui Non

17. Troubles digestifs Oui Non

Spécifiez :

18. Ulcère de l'estomac Oui Non

20. Troubles du rein Oui Non

22. Infections transmissibles sexuellement (ITS) Oui Non

24. Troubles thyroïdiens Oui Non

26. Accident cérébro-vasculaire Oui Non

28. Problèmes oculaires (yeux) Oui Non

30. Ostéoporose Oui Non

32. Troubles nerveux Oui Non

34. Maux de tête fréquents Oui Non

36. Maux d'oreilles Oui Non

38. Asthme Oui Non

39. Fumez-vous ? Oui Non

Combien de cigarettes?

40. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?

Oui Non

42. Êtes-vous séropositif ? Oui Non

44. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ? Oui Non

45. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :

45.1 Latex Oui Non

45.3 Iode Oui Non

45.5 Sulfamides Oui Non

45.7 Codéine Oui Non

6.6 Douleur à la poitrine avec effort Oui Non

6.7 Insuffisance coronarienne Oui Non

8. Fièvre rhumatismale Oui Non

9.1 Hémophilie Oui Non

9.3 Anémie Oui Non

9.5 Autres ? Spécifiez :

11. Rhumes fréquents ou sinusite Oui Non

13. Problèmes pulmonaires Oui Non

13.2 Pneumonie Oui Non

13.4 Tuberculose Oui Non

15. Hépatite B Oui Non

19. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C,cirrhose,etc.) Oui
 Non

21. Urinez-vous souvent Oui Non

23. Diabète Oui Non

25. Maladies de la peau Oui Non

27. Prise de bisphosphonate Oui Non

29. Arthrite Oui Non

31. Épilepsie Oui Non

33. Maladies psychiatriques Oui Non

35. Étourdissements, évanouissements Oui Non

37. Rhume des foins Oui Non

41. Êtes-vous atteint du sida ? Oui Non

43. Avez-vous des prothèses articulaires ? Oui Non

45.2 Aliments Oui Non

45.4 Aspirine Oui Non

45.6 Pénicilline Oui Non

45.8 Autres antibiotiques Oui Non

45.9 Anesthésie locale Oui Non

45.10 Autres Oui Non

Spécifiez :

46. Consommez-vous des drogues ? Oui Non

47. Consommez-vous de l'alcool ? Oui Non

Peu ou pas Modérément Beaucoup

48. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? Oui Non

Si oui, lesquelles et quand :

 Date

 Date

 Date

49. Craignez-vous les traitements dentaires ? Peu ou pas Modérément Beaucoup

50. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ? Oui Non

51. Assurance dentaire ? Oui Non

52. Compagnie d'assurance Oui Non

53. Date de naissance, Nom, Prénom du titulaire

Date de naissance :

Nom :

Prénom :

54. Numéro de police ou contrat

55. Numéro de certificat ou identification

56. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire Pages jaunes Internet Feuille postal Média pages
 Vitrites de la clinique Je suis déjà un patient de la clinique Référé par un patient de la clinique

Remarques :

Initials

 DATE DE SIGNATURE PATIENT

Envoyer