

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"/>	<input type="radio"/>
Si oui, raison : _____ _____ _____				30. Arthrite..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nom du médecin : Tél. : _____				30.1 Douleur chronique <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			31. Ostéoporose..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquels : _____ _____ _____				31.1 Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				31.2 Injection annuelle ou mensuelle..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			32. Épilepsie..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spécifiez : - des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			33. Troubles nerveux..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- des hormones ? Spécifiez : _____ _____	<input type="radio"/>			34. Maladies psychiatriques..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			35. Maux de tête fréquents..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Êtes-vous enceinte ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			37. Étourdissements, évanouissements..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allaitez-vous ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			38. Maux d'oreilles..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :				38. Rhume des foins..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Troubles cardiaques <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			39. Asthme..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 Infarctus <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			40. Fumez-vous ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 Angine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____ cig. /jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>		
6.3 Problèmes valvulaires <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			41. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4 Souffle au coeur <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			42. Êtes-vous atteint du sida ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5 Maladie cardiaque congénitale <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			43. Êtes-vous séropositif ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6 Douleur à la poitrine avec effort <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			44. Avez-vous des prothèses articulaires ? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7 Insuffisance coronarienne <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"/>	<input type="radio"/>
6.8 Infection du coeur (endocardite)..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
6.9 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.1 Latex <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.6. Pénicilline <input type="radio"/>
7. Transfusion sanguine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.2 Aliments <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.7 Codéine <input type="radio"/>
8. Fièvre rhumatismale..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.3 Iode <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.8 Autres antibiotiques <input type="radio"/>
9. Problèmes sanguins :				46.4 Aspirine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.9 Anesthésie locale <input type="radio"/>
9.1 Hémophilie..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.5 Sulfamides <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.10 Autres <input type="radio"/>
9.2 Sang clair..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
9.3 Anémie..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
9.4 Saignement anormal ou hémorragie lors d'une chirurgie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			47. Consommez-vous des drogues ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.5 Autres : Spécifiez <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			47.1 Prenez-vous de la méthadone? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Tension artérielle (pression) : <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			48. Consommez-vous de l'alcool ?		
11. Rhumes fréquents ou sinusite..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Fréquence : _____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois		
12. Perte de connaissance soudaine..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			49. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Si oui, lesquelles et quand : _____ JJ/MM/AAAA		
				_____ date		
				_____ date		
				_____ date		
				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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				52. Assurance dentaire?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | Oui | Non |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 13. Problèmes pulmonaires | | |
| 13.1 Bronchite chronique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.2 Pneumonie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.3 Emphysème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.4 Tuberculose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Sinusite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Jaunisse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Hépatite B | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Hépatite C | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Troubles digestifs : Spécifiez <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Ulcère de l'estomac..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C,cirrhose,etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Troubles du rein..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Urinez-vous souvent | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Infections transmissibles sexuellement (ITS)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Diabète..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Troubles thyroïdiens..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Maladies de la peau..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Accident cérébro-vasculaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Prise de bisphosphonate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 53. Compagnie d'assurance <input style="width: 250px;" type="text"/> | |
| 54. Nom du titulaire <input style="width: 250px;" type="text"/> | |
| 55. Date de naissance du titulaire <input style="width: 150px;" type="text"/> | |
| 56. Numéro de police ou contrat <input style="width: 200px;" type="text"/> | |
| 57. Numéro de certificat ou identification <input style="width: 200px;" type="text"/> | |
| 58. Souffrez-vous d'apnée du sommeil ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | |
| 59. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire | |
| <input type="radio"/> Pages jaunes | |
| <input type="radio"/> Internet | |
| <input type="radio"/> Feuillelet postal | |
| <input type="radio"/> Média pages | |
| <input type="radio"/> Vitrines de la clinique | |
| <input type="radio"/> Je suis déjà un patient de la clinique | |
| <input type="radio"/> Référé par un patient de la clinique | |
| <input style="width: 400px;" type="text"/> | |
| Remarques : | |
| <input style="width: 400px;" type="text"/> | |
| <input style="width: 400px;" type="text"/> | |
| <input style="width: 400px;" type="text"/> | |

X. _____
SIGNATURE DENTISTE

X. _____
SIGNATURE PATIENT

DATE