

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 (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

		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. : _____				31. Ostéoporose..... <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"/>			32. Épilepsie..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquels : _____ _____ _____				33. Troubles nerveux..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				34. Maladies psychiatriques..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				35. Maux de tête fréquents..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				37. Étourdissements, évanouissements..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				38. Maux d'oreilles..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				38. Rhume des foins..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				39. Asthme..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				40. Fumez-vous ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Combien de cigarettes? <input style="width: 100px;" type="text"/>		
				41. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			42. Êtes-vous atteint du sida ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spécifiez : - des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			43. Êtes-vous séropositif ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- des hormones ? Spécifiez : _____	<input type="radio"/>			44. Avez-vous des prothèses articulaires ? <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"/>			45. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?.. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Êtes-vous enceinte ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
Allaitez-vous ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.1 Latex <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.6. Pénicilline <input type="radio"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :				46.2 Aliments <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.7 Codéine <input type="radio"/>
6. Troubles cardiaques <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.3 Iode <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.8 Autres antibiotiques <input type="radio"/>
6.1 Infarctus <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.4 Aspirine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.9 Anesthésie locale <input type="radio"/>
6.2 Angine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			46.5 Sulfamides <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.10 Autres <input type="radio"/>
6.3 Problèmes valvulaires <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
6.4 Souffle au coeur <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
6.5 Maladie cardiaque congénitale <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
6.6 Douleur à la poitrine avec effort <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
6.7 Insuffisance coronarienne <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____		_____
7. Transfusion sanguine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			47. Consommez-vous des drogues ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Fièvre rhumatismale..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			48. Consommez-vous de l'alcool ? <input type="radio"/> Peu ou pas <input type="radio"/> Modérément <input type="radio"/> Beaucoup		
9. Problèmes sanguins :				49. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.1 Hémophilie..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Si oui, lesquelles et quand : _____ date _____		JJ/MM/AAAA
9.2 Sang clair..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____ date _____		
9.3 Anémie..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____ date _____		
9.4 Saignement anormale ou hémorragie lors d'une chirurgie <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____ date _____		
9.5 Autres : Spécifiez <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			50. Craignez-vous les traitements dentaires ? <input type="radio"/> Un peu <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Pas du tout		
10. Tension artérielle (pression) <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			51. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Rhumes fréquents ou sinusite..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			52. Assurance dentaire?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Perte de connaissance soudaine..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

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
- Feuillelet postal
- Média pages
- Vitrites 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

29/10/2018
DATE