

# CONFIDENTIEL HISTOIRE MÉDICALE

Sexe : M  F       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"/>	28. Problèmes oculaires (yeux).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si oui, raison :				29. Arthrite.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
_____				30. Ostéoporose.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
_____				31. Épilepsie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
_____				32. Troubles nerveux.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nom du médecin :				33. Maladies psychiatriques.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tél. :				34. Maux de tête fréquents.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Prenez-vous présentement des médicaments ou	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	35. Étourdissements, évanouissements.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?.....				36. Maux d'oreilles.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si oui, lesquels :				37. Rhume des foins.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
_____				38. Asthme.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
_____				39. Fumez-vous ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
_____				Combien de cigarettes? _____			
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	40. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Spécifiez :				et/ou de chimiothérapie ( tumeur )			
- des anovulants ( pilule anticonceptionnelle ) ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	41. Êtes-vous atteint du sida ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
- des hormones ? Spécifiez :	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	42. Êtes-vous séropositif ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?...	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	43. Avez-vous des prothèses articulaires ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Êtes-vous enceinte ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	44. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allaitez-vous ?.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	45. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :			
<b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>				45.1 Latex <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.6. Pénicilline <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Troubles cardiaques .....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	45.2 Aliments <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.7 Codéine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 Infarctus .....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	45.3 Iode <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.8 Autres antibiotiques <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 Angine .....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	45.4 Aspirine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.9 Anesthésie locale <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3 Problèmes valvulaires .....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	45.5 Sulfamides <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.10 Autres <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"/>	46. Consommez-vous des drogues ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.7 Insuffisance coronarienne .....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	47. Consommez-vous de l'alcool ?			
7. Transfusion sanguine .....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Peu ou pas <input type="radio"/> Modérément <input type="radio"/> Beaucoup			
8. Fièvre rhumatismale.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	48. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions			
9. Problèmes sanguins :				chirurgicales autres que dentaires ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.1 Hémophilie.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Si oui, lesquelles et quand :			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"/>	49. Craignez-vous les traitements dentaires ?			
10. Tension artérielle (pression) <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Un peu <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Pas du tout			
11. Rhumes fréquentes ou sinusite.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	50. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec			
12. Apoplexie.....	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	votre dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
				?.....			
				51. Assurance dentaire Oui ou Non?	<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.....
- 19. Troubles thyroïdiens.....
- 26. Maladies de la peau.....
- 27. Accident cérébro-vasculaire .....

- 52. Compagnie d'assurance
- 53. Nom du titulaire
- 54. Date de naissance du titulaire
- 55. Numéro de police ou contrat
- 56. Numéro de certificat ou identification
- 57. 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
- Remarque :

X. \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DENTISTE

X. \_\_\_\_\_  
SIGNATURE PATIENT

\_\_\_\_\_  
DATE