

# 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"/>	<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				35. Étourdissements, évanouissements.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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"/>	<input type="radio"/>	40. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie		
Spécifiez :				et/ou de chimiothérapie ( tumeur )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- des anovulants ( pilule anticonceptionnelle ) ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- des hormones ? Spécifiez :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41. Êtes-vous atteint du sida ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42. Êtes-vous séropositif ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Êtes-vous enceinte ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43. Avez-vous des prothèses articulaires ? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allaitiez-vous ?.....	<input type="radio"/>	<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"/>
<b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>				45. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
6. Troubles cardiaques .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.1 Latex <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 Infarctus .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.2 Aliments <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 Angine .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.3 Iode <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3 Problèmes valvulaires .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.4 Aspirine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4 Souffle au coeur .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.5 Sulfamides <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5 Maladie cardiaque congénitale .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.6 Pénicilline <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6 Douleur à la poitrine avec effort .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.7 Codéine <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7 Insuffisance coronarienne .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.8 Autres antibiotiques <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Transfusion sanguine .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.9 Anesthésie locale <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Fièvre rhumatismale.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.10 Autres <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Problèmes sanguins :				46. Consommez-vous des drogues ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.1 Hémophilie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47. Consommez-vous de l'alcool ?		
9.2 Sang clair.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Peu ou pas <input type="radio"/> Modérément <input type="radio"/> Beaucoup		
9.3 Anémie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions		
9.4 Saignement anormale ou hémorragie lors d'une chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	chirurgicales autres que dentaires ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5 Autres : Spécifiez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquelles et quand :		
10. Tension artérielle (pression) <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ date		
11. Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ date		
12. Perte de connaissance soudaine.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ date		
				49. Craignez-vous les traitements dentaires ?		
				<input type="radio"/> Un peu <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Pas du tout		
				50. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec		
				votre dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				51. Assurance dentaire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non	
13. Problèmes pulmonaires			52. Compagnie d'assurance _____
13.1 Bronchite chronique .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53. Nom du titulaire _____
13.2 Pneumonie .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54. Date de naissance du titulaire _____
13.3 Emphysème .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55. Numéro de police ou contrat _____
13.4 Tuberculose .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56. Numéro de certificat ou identification _____
14. Sinusite .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire
15. Jaunisse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pages jaunes
16. Hépatite B .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Internet
17. Hépatite C .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Feuillelet postal
18. Troubles digestifs : Spécifiez _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Média pages
19. Ulcère de l'estomac.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Vitrines de la clinique
20. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C,cirrhose,etc.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Je suis déjà un patient de la clinique
21. Troubles du rein.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Référé par un patient de la clinique
22. Urinez-vous souvent .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
23. Infections transmissibles sexuellement (ITS).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Remarques :
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"/>	_____

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

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

\_\_\_\_\_  
DATE