

# 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"/>
<b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>				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 ?		
9. Problèmes sanguins :				<input type="radio"/> Peu ou pas <input type="radio"/> Modérément <input type="radio"/> Beaucoup		
9.1 Hémophilie..... <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"/>
9.2 Sang clair..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Si oui, lesquelles et quand :		JJ/MM/AAAA
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"/>			_____		date _____
10. Tension artérielle (pression) <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			50. Craignez-vous les traitements dentaires ?		
11. Rhumes fréquents ou sinusite..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/> Un peu <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Pas du tout		
12. Perte de connaissance soudaine..... <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"/>
				52. Assurance dentaire?..... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |   | <b>Oui</b>            | <b>Non</b>            |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 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: 100px;" 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: 150px;" type="text"/>                  |  |
| 54. Nom du titulaire <input style="width: 150px;" type="text"/>                       |  |
| 55. Date de naissance du titulaire <input style="width: 150px;" type="text"/>         |  |
| 56. Numéro de police ou contrat <input style="width: 150px;" type="text"/>            |  |
| 57. Numéro de certificat ou identification <input style="width: 150px;" type="text"/> |  |
| 58. 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"/> Vitrites de la clinique   |  |
| <input type="radio"/> Je suis déjà un patient de la clinique                          |  |
| <input type="radio"/> Référé par un patient de la clinique                            |  |

Remarques :

---



---



---

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

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

\_\_\_\_\_  
DATE