



Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ (bureau) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Occupation : \_\_\_\_\_ En cas d'urgence : \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie et date d'expiration (10 ans et moins ou prestataire d'aide social) : \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance dentaire : Oui  (Si oui, veuillez compléter les informations ci-bas) Non

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'assuré : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_ N° police/groupe : \_\_\_\_\_ N° certificat : \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu :**

- |                                                                                                    | OUI                      | NON                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Une hospitalisation pour une blessure ou une maladie                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une réaction allergique à :                                                                     |                          |                          |
| Aspirine, Ibuprofen, Acétaminophène .....                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfamides .....                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline .....                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codéine .....                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anesthésie locale .....                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iode .....                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex .....                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres médicaments ou aliments .....                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Des troubles cardiaques (infarctus, angine, etc.).....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Des problèmes de goût /odorat .....                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Une fièvre rhumatismale .....                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pression artérielle....Haute <input type="checkbox"/> .... Basse <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Un AVC (accident vasculo-cérébral) .....                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Une prothèse artificielle (valve au cœur, pontage) ....                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anémie ou autres problèmes sanguins .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problèmes pulmonaires (tuberculose, asthme)                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Trouble du sommeil ou respiration (ronflement, sinus)                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Maladie de rein .....                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Maladie du foie (hépatite, cirrhose, etc.) .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Maladie de la glande thyroïde ou parathyroïde                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Déficience hormonale .....                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Cholestérol (hypercholestérolémie) .....                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Diabète .....                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Avez-vous déjà eu :**

- |                                                       | OUI                      | NON                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Ostéoporose (biphosphonate) .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Troubles digestifs (reflux, ulcère, etc.) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Arthrite ou artrose.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Problème oculaire (yeux) .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Blessures à la tête ou au cou .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Épilepsie ou convulsions .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Problèmes neurologiques .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Infection virales et feux sauvages .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Bosse dans la bouche .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Urticaire, fièvre des foins .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Infection transmissible sexuellement .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. VIH-Sida-Séropositif .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Tumeur, bosses anormales .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Radiothérapie .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Chimiothérapie .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Prothèse articulaire (hanche, genoux, etc.) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Une médication d'antidépresseurs .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Consommation de drogues .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Êtes-vous :**

- |                                                      |                          |                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36. Conscient d'un changement d'état de santé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Sujet à de fréquents maux de tête .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. FEMME : prenez-vous la pilule contraceptive .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. FEMME : enceinte .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Fumeur ou ex-fumeur.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Décrivez tout autre traitement médical ou chirurgie \_\_\_\_\_

Faites une liste de tous les médicaments, vitamines et produits naturels (Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de 6 médicaments)

Médicament	Raison	Médicament	Raison
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**S.V.P., avisez-nous s'il y a des changements dans votre historique médical ou dans votre médication**

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste? \_\_\_\_\_

**Comment avez-vous entendu parler de la clinique**

Dr. Michel  Autre patient  Internet  Facebook  Pages Jaunes  Affichage extérieur  Autres : \_\_\_\_\_