

RÉFÉRENCE:	NOM DE FAMILLE DU PATIENT:	PRÉNOM:	COURRIEL:		SEXE:	Numéro de dossier
			DATE DE NAISSANCE		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>
ADRESSE: (NO,RUE,APP)		VILLE:	CODE POSTAL:	Tel. Res. () -	Cell.: () -	
				Tel. Bur. () -	Autre.: () -	

AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ DEPUIS 5 ANS Oui Non DES MALADIES GRAVES? Oui Non LA DATE DE VOTRE DERNIER EXAMEN MÉDICAL

Année	Mois	Jour
-------	------	------

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ? Oui Non SI HOSPITALISÉ, POURQUOI? _____ FRÉQUENCE _____

ÊTES-VOUS SUIVI PAR VOTRE MÉDECIN PRÉSENTEMENT? Oui Non SI OUI, PRÉCISEZ: _____

NOM DE VOTRE MÉDECIN _____ TÉLÉPHONE (R) _____ (B) _____
FRÉQUENCE _____ POURQUOI _____

CONFIDENTIEL HISTOIRE DENTAIRE

RAISON DE LA PRÉSENTE VISITE ? EXAMEN EXAMEN DE RAPPEL URGENCE SEULEMENT AUTRE _____

RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR ACTUELLEMENT ? Oui Non SI OUI OÙ ? _____

SI NOUVEAU PATIENT ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE VOTRE DERNIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE _____ LE TRAITEMENT REÇU À CE MOMENT LÀ: _____

INDIQUEZ CI-DESSOUS LE OU LES PROBLÈMES QUE VOUS AVEZ OU AVEZ EUS

FIÈVRE RHUMATISMALE, ENDOCARDITE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	TUBERCULOSE ET AUTRES PROBLÈMES PULMONAIRES	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
PROBLÈME CARDIAQUE, HAUTE PRESSION	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	TOUX PERSISTANTE AVEC EXPECTORATIONS SANGUINES	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DOULEUR À LA POITRINE, SOUFFLE COURT, ENFLURE DES EXTRÉMITÉS	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ANESTHÉSISQUES LOCAUX	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
PROBLÈMES SANGUINS, ANÉMIE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ÉPILEPSIE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
EXAMENS SANGUINS ANORMAUX	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	SINUSITE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
SAIGNEMENT ANORMAL, GUÉRISON PROLONGÉE, CONTUSIONS FACILES	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	MALADIES VÉNÉRIENNES	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ASTHME, FIÈVRE DES FOINS	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	DIABÈTE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
BASSE PRESSION SANGUINE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	MONONUCLÉOSE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ÉTOURDISSEMENTS, PERTE DE CONSCIENCE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	TRAITEMENT AUX RADIATIONS POUR TUMEUR OU AUTRE	
TROUBLE DE FOIE (HÉPATITE A,B,C OU CIRRHOSE)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	PLAIES QUI N'ONT PAS GUÉRI EN DEDANS D'UNE SEMAINE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ARTHRITE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	AVEZ-VOUS DES PROTHÈSES ARTICULAIRES	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TROUBLES RÉNAUX	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	MAUX DE TÊTE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
SÉROPOSITIF AU TEST DU VIH	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	MAUX D'OREILLE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TROUBLE DIGESTIF	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	TROUBLE NERVEUX	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
ÊTES-VOUS FUMEUR ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	FEMME: ÊTES-VOUS ENCEINTE ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
TROUBLE DE GLANDE THYROÏDE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	ÊTES-VOUS DANS LA MÉNOPAUSE ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
MALADIE DE PEAU	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	PRENEZ-VOUS LA PILULE ANTICONCEPTIONNELLE	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS Oui Non ASPIRINE VITAMINES AUTRES ALLERGIE À LA PÉNICILLINE CODÉINE IODE SULFAMIDES AUTRES

MÉDICAMENTS	CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

HISTOIRE CHIRURGICALE _____

ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOCIAL Oui Non NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE _____ DATE EXPIRATION: _____
AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE DENTAIRE ? Oui Non COMPAGNIE: _____ No. POLICE _____ No. CERTIFICAT _____

X. _____ X. _____
SIGNATURE DENTISTE SIGNATURE PATIENT DATE