

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? OUI NON

Si oui :

Nom Prénom

Tél : poste

2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?..... OUI NON

 Si oui, lesquelles? _____

3. Êtes-vous enceinte ? OUI NON

4. Prenez-vous des anovulants ?(pilule anticonceptionnelle) OUI NON

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Saignements prolongés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rhumes fréquents ou sinusite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Troubles digestifs..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C, cirrhose, etc).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Trouble du rein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Infection trans. sexuel. et/ou par le sang (MTS ou ITSS).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Maladie de la peau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Problèmes oculaires (yeux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Troubles nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Étourdissements et/ou évanouissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ostéoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Rhume des foins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Asthme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Fumez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Vapotez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Consommez-vous du CANNABIS ou autres drogues?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Traité par Radiothérapie et/ou chimiothérapie?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Êtes-vous atteint(e) du VIH ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Êtes-vous séropositif au test du SIDA ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Avez-vous des prothèses articulaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Prenez-vous des anticoagulants? (pour éclaircir le sang) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Ronflement ou apnée du sommeil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, avez-vous un appareil de nuit ou CPAP ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants :
- | | OUI | NON | | OUI | NON |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aliments | <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"/> |
| Aspirine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anesthésie Locale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iode | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acrylique/Métaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autre que dentaire ?
 Si oui, lesquelles et quand ? : _____

42. Êtes-vous présentement en investigation pour un autre problème médical ?..... OUI NON

À L'USAGE DU PERSONNEL :

ATTENTION !

HISTOIRE DENTAIRE

Dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois + de 12mois Traitement reçu :

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la consultation de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon Inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s).

On m'a informé(e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès.

X _____ Date : ____ / ____ / ____
 Signature du Patient ou responsable jour mois An

Réservé au Dentiste traitant

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature Dentiste : _____ Date ____ / ____ / ____
Dentiste traitant jour mois An