

RÉFÉRENCE:	NOM DE FAMILLE DU PATIENT:	PRÉNOM:	COURRIEL:	SEXE: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Numéro de dossier
			DATE DE NAISSANCE		
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	ANESTHÉSIIQUES 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
		Ostéoporose	<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. \_\_\_\_\_ 00/00/0000  
SIGNATURE DENTISTE SIGNATURE PATIENT DATE