

HISTORIQUE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

OU LETTRE MOULÉES

NUMÉRO DE DOSSIER

RÉFÉRENCE: _____

NOM DE FAMILLE DU PATIENT		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE	SEXE <input type="checkbox"/> MÂLE <input type="checkbox"/> FEMELLE
ADRESSE (No, Rue, App)				VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE FIXE	BUREAU TÉLÉPHONE	TÉLÉPHONE PORTABLE	AUTRE TÉLÉPHONE	COURRIEL	

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: _____ TÉL. (R) _____ (B) _____

FRÉQUENCE: _____ POURQUOI? _____

CONFIDENTIEL HISTOIRE DENTAIRE

RAISON DE LA PRÉSENTA VISITE Examen Examen de rappel Autre: _____

RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR ACTUELLEMENT? Oui Non Si oui, où? _____

SI NOUVEAU PATIENT,

DATE DE VOTRE DERNIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS JOUR

LE TRAITEMENT REÇU À CE MOMENT LÀ: _____

INDIQUÉ CI-DESSOUS LE OU LES PROBLÈMES QUE VOUS AVEZ OU AVEZ

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

X _____
SIGNATURE PATIENT

DATE