

CONFIDENTIEL HISTOIRE MÉDICALE

Sexe : M F Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville: _____ Code postal : _____
 Tél. domicile : _____ Tél. bureau : _____ cellulaire : _____
 Date de naissance : 10/10/1980 _____ Courriel : _____
 N° ass. maladie : _____ Date d'expiration : _____
 Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent Parent ou tuteur : _____
 En cas d'urgence, contacter : _____
 Raison de la visite : _____ Adressé par : _____

Êtes-vous prestataire du programme d'aide sociale? : Oui Non

Oui Non

Oui Non

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?.....
 Si oui, raison : _____

Nom du médecin : _____
 Tél. : _____

2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?.....
 Si oui, lesquels : _____

3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?.....
 Spécifiez :
 - des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?.....
 - des hormones ? Spécifiez :

4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?...
 5. Êtes-vous enceinte ?.....
 Allaitiez-vous ?.....

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

6. Troubles cardiaques
 6.1 Infarctus
 6.2 Angine
 6.3 Problèmes valvulaires
 6.4 Souffle au coeur
 6.5 Maladie cardiaque congénitale
 6.6 Douleur à la poitrine avec effort
 6.7 Insuffisance coronarienne
 6.8 Infection du coeur (endocardite).....
 6.9 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule.....

7. Transfusion sanguine
 8. Fièvre rhumatismale.....
 9. Problèmes sanguins :
 9.1 Hémophilie.....
 9.2 Sang clair.....
 9.3 Anémie.....
 9.4 Saignement anormal ou hémorragie lors d'une chirurgie
 9.5 Autres : Spécifiez

10. Tension artérielle (pression) : Basse Haute
 11. Rhumes fréquents ou sinusite.....
 12. Perte de connaissance soudaine.....

29. Problèmes oculaires (yeux).....
 30. Arthrite.....
 30.1 Douleur chronique
 31. Ostéoporose.....
 31.1 Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)
 31.2 Injection annuelle ou mensuelle
 32. Épilepsie.....
 33. Troubles nerveux.....
 34. Maladies psychiatriques.....
 35. Maux de tête fréquents.....
 37. Étourdissements, évanouissements.....
 38. Maux d'oreilles.....
 38. Rhume des foins.....
 39. Asthme.....
 40. Fumez-vous ?.....
 _____ cig. /jour ou ex-fumeur

41. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?.....
 42. Êtes-vous atteint du sida ?.....
 43. Êtes-vous séropositif ?.....
 44. Avez-vous des prothèses articulaires ?
 45. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?..
 46. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :
 46.1 Latex 46.6. Pénicilline
 46.2 Aliments 46.7 Codéine
 46.3 Iode 46.8 Autres antibiotiques
 46.4 Aspirine 46.9 Anesthésie locale
 46.5 Sulfamides 46.10 Autres

47. Consommez-vous des drogues ?.....
 47.1 Prenez-vous de la méthadone?
 48. Consommez-vous de l'alcool ?
 Fréquence : _____ verres /jour /sem. /mois
 49. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?.....
 Si oui, lesquelles et quand : _____ JJ/MM/AAAA
 _____ date
 _____ date
 _____ date

50. Craignez-vous les traitements dentaires ?
 Un peu Beaucoup Pas du tout
 51. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ?
 52. Assurance dentaire?.....

- | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 13. Problèmes pulmonaires | | |
| 13.1 Bronchite chronique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.2 Pneumonie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.3 Emphysème | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13.4 Tuberculose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Sinusite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Jaunisse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Hépatite B | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Hépatite C | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Troubles digestifs : Spécifiez <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Ulcère de l'estomac..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C,cirrhose,etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Troubles du rein..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Urinez-vous souvent | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Infections transmissibles sexuellement (ITS)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Diabète..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Troubles thyroïdiens..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Maladies de la peau..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Accident cérébro-vasculaire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Prise de bisphosphonate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

53. Compagnie d'assurance
54. Nom du titulaire
55. Date de naissance du titulaire
56. Numéro de police ou contrat
57. Numéro de certificat ou identification
58. Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?
59. Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire
- Pages jaunes
 - Internet
 - Feuille postal
 - Média pages
 - Vitrites de la clinique
 - Je suis déjà un patient de la clinique
 - Référé par un patient de la clinique
-

Remarques :

J'autorise le/la Les Centres Dentaires Viva / Ormstown à communiquer avec ma clinique pour faire le transfert de mon dossier et de mes radiographies.

SIGNATURE DENTISTE

X. _____
SIGNATURE PATIENT

11/12/2024
DATE