



Centre Dentaire Limbour
819-246-0246

Nom: _____ Pénom: _____ Sexe: _____

Adresse:

(No.) (Rue) (App.) (Ville) (Prov.) (Code Postal)

Tél. Maison: _____ Travail: _____ Cell: _____

Courriel: _____

Date de naissance: JJ/MM/AA ____/____/____ N.A.S. _____

No. Assurance Maladie: _____ Date Expiration: _____

Occupation: _____ Employeur: _____

Responsable de l'enfant (si mineur) : _____ Lien : _____

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide sociale? Oui Non

Si oui, présentez votre carte à la réception.

Avez-vous de l'assurance dentaire? Oui Non

Si oui:

Nom de la Cie: _____ # Police : _____ # Certificat: _____

Assurance du conjoint:

Nom de la Cie: _____ # Police : _____ # Certificat : _____

Nom du Conjoint: _____ DDN: _____

Par souci d'honnêteté et justice, les honoraires sont les mêmes avec ou sans assurance.

Comment avez-vous connu le "Centre Dentaire Limbour"?

Publicité

Les pages jaunes

En passant

Internet

Un ami : _____

Autre : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient _____ Âge _____
 Nom du médecin/spécialité _____
 Examen physique le plus récent _____ But _____
 Quel est votre état de santé général, selon vous? Excellent Bon Correct Médiocre

- | AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ EU : | OUI NON | OUI NON |
|--|----------------|---|
| 1. une hospitalisation pour maladie ou blessure _____ | | 27. de l'arthrite _____ |
| 2. une réaction allergique à
l'aspirine, l'ibuprofène, l'acétaminophène, la codéine
la pénicilline
l'érythromycine
la tétracycline
au sulfite
un anesthésique local
au fluorure
à des métaux (nickel, or, argent, _____)
au latex
autres _____ | | 28. une maladie auto-immune _____
(polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie) |
| 3. des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers mois | | 29. un glaucome _____ |
| 4. des antécédents d'endocardite infectieuse _____ | | 30. des lentilles de contact _____ |
| 5. une valvule artificielle, une anomalie cardiaque réparée (PFO) _____ | | 31. des blessures à la tête ou au cou _____ |
| 6. un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable _____ | | 32. de l'épilepsie, des convulsions (crises d'épilepsie) _____ |
| 7. un implant orthopédique (arthroplastie) _____ | | 33. des troubles neurologiques (TDA/TDAH, maladies à prions) _____ |
| 8. une fièvre rhumatismale ou la scarlatine _____ | | 34. des infections virales et de l'herpès labial _____ |
| 9. une pression sanguine trop basse ou trop élevée _____ | | 35. des ganglions dans la bouche _____ |
| 10. un accident vasculaire cérébral (prescription d'anticoagulants) _____ | | 36. de l'urticaire, une éruption cutanée, le rhume des foies _____ |
| 11. une anémie ou autre maladie du sang _____ | | 37. maladie transmise sexuellement _____ |
| 12. des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5) | | 38. une hépatite (type _____) |
| 13. un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose _____ | | 39. VIH/SIDA _____ |
| 14. la tuberculose, la rougeole, la varicelle _____ | | 40. une tumeur, une excroissance anormale _____ |
| 15. de l'asthme _____ | | 41. de la radiothérapie _____ |
| 16. des problèmes de respiration ou de sommeil (apnée du sommeil, ronflements, sinus) | | 42. de la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs |
| 17. une maladie rénale _____ | | 43. des difficultés émotionnelles _____ |
| 18. une maladie du foie _____ | | 44. des traitements psychiatriques _____ |
| 19. jaunisse _____ | | 45. des médicaments antidépresseurs _____ |
| 20. une maladie de la thyroïde, parathyroïdienne ou une carence en calcium | | 46. un problème d'alcool/de drogues _____ |
| 21. une déficience hormonale _____ | | |
| 22. un taux de cholestérol élevé ou prise de statines _____ | | VOUS ÊTES/AVEZ : |
| 23. un diabète (HbA1c = _____) | | 47. actuellement soigné pour une autre maladie _____ |
| 24. un ulcère de l'estomac ou du duodénum _____ | | 48. conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures
(fièvre, frissons, toux ou diarrhée) _____ |
| 25. des troubles digestifs (reflux gastrique, maladie coeliaque) _____ | | 49. un traitement pour vous aider à gérer votre poids _____ |
| 26. une ostéoporose (prise de bisphosphonates) _____ | | 50. des compléments alimentaires _____ |
| | | 51. souvent épuisé ou fatigué _____ |
| | | 52. des maux de tête fréquents _____ |
| | | 53. fumeur, vous avez déjà fumé ou vous utilisez du tabac sans fumée |
| | | 54. considéré comme une personne sensible/susceptible _____ |
| | | 55. souvent malheureux ou déprimé _____ |
| | | 56. FEMME - un traitement contraceptif hormonal (pilule) _____ |
| | | 57. FEMME - enceinte _____ |
| | | 58. HOMME - des troubles de la prostate _____ |

Décrire tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent, retard de développement/génétique ou autres traitements pouvant affecter votre traitement dentaire. (Botox, injections de collagène, par exemple)

Liste de tous les médicaments, compléments et/ou vitamines pris au cours des deux dernières années.

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX
 OU LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.**

Signature du patient _____ Date _____
 Signature du dentiste _____ Date _____

