

Nom :

Prénom :

DOS :

Historique médical :

Médecin de famille : Nom :

Tél. :

NON OUI DATE

• Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?

• Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?

Si oui, lesquels?

Quantité :

NON OUI N/A

• Êtes-vous enceinte?

• Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?

• Êtes-vous fumeur (cigarette, cigare, pipe, cannabis, autres)?

Si oui, depuis combien de temps?

Quantité

par jour.

• Prenez-vous des médicaments pour l'ostéoporose?

NON

OUI : par la bouche

Injection annuelle

Depuis (date) :

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

NON OUI DATE

• Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, autres)?

• Fièvre rhumatismale?

• Saignements prolongés?

• Anémie?

• Tension artérielle (pression) Haute Basse

• Pression / Ne sais pas

• Rhumes fréquents ou sinusites?

• Tuberculose ou problèmes pulmonaires?

• Troubles digestifs?

• Ulcères de l'estomac?

• Problèmes du foie (hépatite, virale a, b, c, cirrhose, autre)?

• Troubles de rein?

• Infections transmissibles sexuellement (ITS)?

• Diabète?

• Troubles thyroïdiens?

• Maladies de la peau?

• Problèmes oculaires (Glaucome, Cataractes, autre)?

• Arthrite?

• Épilepsie?

• Troubles nerveux?

• Maux de tête fréquents?

• Maux d'oreilles?

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :**NON OUI**

- Rhume des foins?
- Asthme?
- Étourdissement?
- Problèmes de sommeil? (ronflement, apnée, somnolence diurne)
- Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie?
- Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immunodéficience acquise (sida)?
- Êtes-vous séropositifs au test du sida?
- Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)?
- Avez-vous déjà fait une réaction allergique aux produits suivants :

NON OUI**NON OUI****NON OUI****NON OUI**

Alimentation

Anesthésie locale

Pénicilline

Latex

Iode

Aspirine

Sulfamides

Codéine

Autres**NON OUI**

- Êtes-vous allergiques ou sensible au mercure présent dans les amalgames dentaires (plombages gris conventionnel)?
- Avez-vous eu des interventions chirurgicales?

Si oui, S.V.P. les énumérer :

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire 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 constitution 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 que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste rappel.

Signature du patient

Date

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

Signature du dentiste

Date