

# Questionnaire sur les antécédents médicaux

ALERTE MÉDICALE :

NOM : M./MLLE/MME/DR/DRE

DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNÉE) : / /

ADRESSE (DOMICILE) :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE (PROFESSIONNELLE) :

TÉLÉPHONE :

PROFESSION :

QUI VOUS A RÉFÉRÉ À NOTRE BUREAU?

**EN CAS D'URGENCE, QUI DEVONS-NOUS PRÉVENIR?**

NOM :

RELATION :

TÉLÉPHONE DE JOUR :

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE :

TÉLÉPHONE OU ADRESSE :

(1) NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE :

DOMAINE DE SPÉCIALISATION :

TÉLÉPHONE OU ADRESSE :

(2) NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE :

DOMAINE DE SPÉCIALISATION :

TÉLÉPHONE OU ADRESSE :

**Les renseignements suivants sont nécessaires pour nous permettre de vous fournir les meilleurs soins dentaires possibles. Tous ces renseignements sont strictement confidentiels, et sont protégés en vertu du secret médical. Le dentiste passera les questions en revue et expliquera celles que vous n'avez pas comprises. Veuillez remplir le formulaire en entier.**

1. Êtes-vous actuellement traitée pour un problème de santé ou avez-vous été traité.-e au cours de la dernière année?  
Si oui, veuillez expliquer?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

2. Quand avez-vous passé votre dernier examen médical? \_\_\_\_\_

3. Votre état de santé général a-t-il changé au cours de la dernière année? Si oui, veuillez expliquer?  
 Oui  Non  Incertaine/peut-être

4. Prenez-vous des médicaments, des médicaments sans ordonnance ou des suppléments à base de plantes de quelque nature que ce soit? Si oui, veuillez en fournir la liste.  Oui  Non  Incertaine/peut-être

5. Souffrez-vous d'allergies? Si oui, veuillez les énumérer en utilisant les catégories ci-dessous :  
 Oui  Non  Incertaine/peut-être

a) médicaments \_\_\_\_\_

b) produits en latex/caoutchouc \_\_\_\_\_

c) autre (par exemple, rhume des foins, allergies saisonnières/environnementales, allergies alimentaires)

6. Avez-vous déjà eu une réaction particulière ou indésirable à des médicaments ou à des injections? Si oui, veuillez expliquer?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

7. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'asthme?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

8. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de problèmes cardiaques ou de pression sanguine?  
 Oui  Non  Incertaine/peut-être

9. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un des problèmes suivants : remplacement ou réparation d'une valve cardiaque, infection au cœur (c'est-à-dire, endocardite infectieuse), problème cardiaque de naissance (c'est-à-dire, cardiopathie congénitale) ou transplantation cardiaque?  Oui  Non  Incertaine/peut-être
10. Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle?  Oui  Non  Incertaine/peut-être
11. Souffrez-vous d'une maladie ou suivez-vous une thérapie qui pourrait affecter votre système immunitaire (par exemple, leucémie, SIDA, infection par le VIH, radiothérapie, chimiothérapie)?  Oui  Non  Incertaine/peut-être
12. Avez-vous déjà eu une hépatite, la jaunisse ou une maladie du foie?  Oui  Non  Incertaine/peut-être
13. Éprouvez-vous un problème de saignement ou un trouble de la coagulation?  Oui  Non  Incertaine/peut-être
14. Avez-vous déjà été hospitalisée pour une maladie ou une opération? Si oui, veuillez expliquer?  
 Oui  Non  Incertaine/peut-être

15. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'un des problèmes suivants ou avez-vous ou avez-vous déjà eu l'un des dispositifs suivants? Veuillez cocher ceux qui s'appliquent.

- |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> crise cardiaque   | <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale        | <input type="checkbox"/> stimulateur cardiaque         | <input type="checkbox"/> corticothérapie   | <input type="checkbox"/> crises (épilepsie)   |
| <input type="checkbox"/> cancer  | <input type="checkbox"/> arthrite                   | <input type="checkbox"/> maladie pulmonaire            | <input type="checkbox"/> diabète   | <input type="checkbox"/> prolapsus valvulaire mitral                                      |
| <input type="checkbox"/> souffle cardiaque   | <input type="checkbox"/> tuberculose                | <input type="checkbox"/> ulcères gastriques            | <input type="checkbox"/> maladie thyroïdienne  | <input type="checkbox"/> essoufflement  |
| <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) | <input type="checkbox"/> douleur thoracique, angine | <input type="checkbox"/> néphropathie (maladie rénale) | <input type="checkbox"/> consommation ou dépendance à la drogue, à l'alcool ou au cannabis | <input type="checkbox"/> Médicaments contre l'ostéoporose (par exemple, Fosamax, Actonel) |

16. Y a-t-il des conditions ou des maladies non énumérées ci-dessus dont vous souffrez ou dont vous avez souffert? Si oui, veuillez expliquer?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

17. Y a-t-il des maladies ou des problèmes médicaux dans votre famille (par exemple, le diabète, le cancer ou les maladies du cœur)?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

18. Fumez-vous ou chiquez-vous des produits du tabac?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

19. Êtes-vous nerveux ou nerveuse pendant un traitement dentaire?  Oui  Non  Incertaine/peut-être

20. Allaites-vous ou êtes-vous enceinte? Si vous êtes enceinte, quelle est la date prévue pour l'accouchement?

Oui  Non  Incertaine/peut-être

21. Vous identifiez-vous comme un patient souffrant d'un handicap? Si oui, veuillez expliquer?.

Oui  Non  Incertaine/peut-être

**À ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont exacts :**

Signature du(de la) patient(e)/parent/tuteur :

Date :

Signature du ou de la dentiste :

Date :

NOTES DU OU DE LA DENTISTE :