

Rappel – Antécédents médicaux

NOM : M./MLLE/MME/D^R

Veillez examiner vos antécédents médicaux antérieurs (datés du / /) et informer votre dentiste en cas de changement.

1. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé, tels que des maladies graves, des hospitalisations ou de nouvelles allergies? Si oui, veuillez expliquer.

Oui Non Incertain(e)/peut-être

2. Prenez-vous de nouveaux médicaments ou vos médicaments ont-ils changé? Si oui, veuillez expliquer.

Oui Non Incertain(e)/peut-être

3. Souffrez-vous d'un nouveau problème cardiaque diagnostiqué ou y a-t-il eu un changement concernant un problème cardiaque existant?

Oui Non Incertain(e)/peut-être

4. Quand avez-vous passé votre dernier examen médical?

5. Des problèmes ont-ils été décelés ? Si oui, veuillez expliquer.

Oui Non Incertain(e)/peut-être

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

Oui Non Incertain(e)/peut-être

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

Signature du patient, du parent ou tuteur :

Date :

Signature du dentiste :

Date :

Notes du dentiste :