

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom _____ Prénom _____ Tél. Maison _____
Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe H F Tél. Travail _____ # _____
Adresse _____ Mobile _____
Ville _____ Code postal _____ Courriel _____
Possédez-vous une assurance dentaire privée? Oui Non

MODE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ :

Êtes-vous prestataire de l'aide sociale? Oui Non Courriel iMessage Téléphone

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Raison de votre visite _____
Qui vous a dirigé à notre bureau? _____
Nom de votre dentiste _____ Nom de votre médecin _____
Avez-vous déjà été hospitalisé ou opéré? Oui Non Prenez-vous des produits naturels (homéopathie)? Oui Non Est-ce que vous fumez du tabac? Oui Non
Consommez-vous de l'alcool? Oui Non À quelle fréquence? _____
Utilisez-vous des produits du cannabis? Oui Non À quelle fréquence? _____ Consommez-vous des drogues? Oui Non

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :

Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maladie du rein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble thyroïdien
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH ou SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tendance à vous évanouir	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infection transmise sexuellement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble cardiaque	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maladie du foie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trouble digestif	

FEMMES SEULEMENT

Êtes-vous enceinte? Oui Non Est-ce que vous allaitez? Oui Non

ALLERGIES, MÉDICAMENTS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

Êtes-vous allergique ou avez-vous déjà éprouvé une réaction inhabituelle à ce qui suit?

Oui Non	Oui Non	Oui Non	Autres
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésie générale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codéine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latex	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Injection dentaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pénicilline	

Énumérez les médicaments que vous prenez présentement

Désirez-vous ajouter des renseignements quant à votre état de santé général?

Y a-t-il d'autres informations que vous voulez nous transmettre pour nous aider à rendre vos soins plus agréables?

Signature ou nom du patient/responsable _____

Date ____ / ____ / ____
M J A

Lien du responsable _____