

FICHER CONFIDENTIEL DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : JJ / MM / AAAA Sexe : _____ Âge : _____ ans
 Adresse : _____ App.: _____ Code postal: _____
 Ville : _____ Courriel : _____
 Tél. (rés.): (_____) _____ Tél. (trav.): (_____) _____ Tél. (cell.): (_____) _____
 Occupation : _____ Assurance dentaire : OUI NON
 N° R.A.M.Q. : _____ Exp.: MM / AAAA Médecin: _____
 Dentiste : _____ Référé par : _____
 Votre pharmacie (nom et adresse) : _____

1. Avez-vous déjà eu des traitements : d'orthodontie ? OUI NON de parodontie ? OUI NON

2. Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de :

	OUI	NON		OUI	NON
Trouble cardiaque (infarctus, angine, souffle au cœur, problème valvulaire, pacemaker, autres).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infection transmissible sexuellement (I.T.S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble du rein (dialyse).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite (prothèse articulaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies des os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies contagieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problème du foie (hépatite: virus A, B, C, cirrhose, autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitements de chimio ou radiothérapie (cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous séropositif au test du SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (spécifiez) : _____

3. Êtes-vous enceinte ? OUI NON Si oui, combien de semaines ? _____ semaines

4. Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ? OUI NON

5. Avez-vous déjà eu des interventions chirurgicales ? OUI NON

Si oui, S.V.P., les énumérer : _____

6. Prenez-vous des médicaments ? OUI NON

Si oui, S.V.P., les énumérer : _____

7. Avez-vous des allergies médicamenteuses ou autres ? OUI NON

Si oui, S.V.P., les énumérer : _____

8. Fumez-vous ? OUI NON

Si oui, quoi et combien par jour ? _____

9. Consommez-vous de l'alcool ? Jamais

Occasionnellement

Régulièrement

10. Consommez-vous des drogues ? Jamais

Occasionnellement

Régulièrement

Citez la raison de votre consultation : _____

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.

Signature _____

Date : _____

Bénéficiaire ou personne autorisée