DOSSIER DENTAIRE

HISTOIRE MÉDICALE

	Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	❑	❑

Nom_____Prénom_____

Tél.:_____Poste_____

	Oui	Non
2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?	❑	❑
3. Êtes-vous enceinte?	❑	❑
4. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)	❑	❑

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE?

5. Fièvre rhumatismale	❑	❑
6. Problèmes oculaires (Glaucome = pression dans les yeux)	❑	❑
7. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires souffle)	❑	❑
8. Tension artérielle (pression) haute ❑ basse ❑	❑	❑
9. Ostéoporose Prenez-vous un des médicaments suivants: Biophosphonate ❑ Actonel ❑ Fosamax ❑ Didronet ❑ Zometa ❑ Bondronat ❑	❑	❑
10. Saignements prolongés ou anémie	❑	❑
11. Diabète	❑	❑
12. Troubles Thyroïdiens hyper ❑ hypo ❑	❑	❑
13. Troubles du rein	❑	❑
14. Problèmes du foie (hépatite virus A, B, C cirrhose, etc.)	❑	❑
15. Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise	❑	❑
16. Êtes-vous séropositif au test du SIDA	❑	❑
17. Maladies vénériennes (MTS)	❑	❑
18. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	❑	❑
19. Troubles digestifs	❑	❑
20. Ulcères d'estomac	❑	❑
21. Avez-vous des prothèses articulaires	❑	❑
22. Épilepsie	❑	❑
23. Arthrite, arthrose	❑	❑
24. Maladies de peau	❑	❑
25. Rhumes fréquents ou sinusite	❑	❑
26. Rhume des foins	❑	❑
27. Asthme	❑	❑
28. Maux d'oreilles	❑	❑
29. Troubles nerveux	❑	❑
30. Étourdissements, évanouissements	❑	❑
31. Maux de tête fréquents	❑	❑
32. Avez-vous déjà suivi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie	❑	❑
33. Fumez-vous	❑	❑
34. Consommez-vous du Pepsi, Coke ou boisson énergisante?	❑	❑

35. Avez-vous déjà fait une réaction ou allergie aux produits suivants:

	oui	non		oui	non
Aliments	❑	❑	Sulfamides	❑	❑
Pénicilline	❑	❑	Codéines	❑	❑
Aspirine	❑	❑	Anesthésie locale	❑	❑
Iode	❑	❑	Métaux	❑	❑
Latex	❑	❑	Autres	❑	❑

36. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui lesquelles et quand?

_____

_____

_____

_____

37. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	❑	❑

Remarques_____

_____

Je soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout chyangement 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) dentistes traitants.
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(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

Signature_____
Parent responsable

Date_____/_____/_____
Jour mois année

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____