

# Formulaire Médicale

\* Nom du patient au complet : \_\_\_\_\_ \* Date de naissance : \_\_\_\_\_

\* Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ \* Email : \_\_\_\_\_

\* Adresse : \_\_\_\_\_

\* Numéro Ramq : \_\_\_\_\_

\* Êtes-vous sous soins du médecin ? Oui  Non

## \* Avez-vous ou avez-vous souffert

Maladies du cœur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre rhumatismale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Haute / basse pression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Anémie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tuberculose, problèmes pulmonaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problèmes de foie (hépatite, cirrh.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles du rein	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladies vénériennes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Porteur du VIH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (yeux)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Arthrite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles Nerveux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Saignements prolongés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ulcère de l'estomac	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous des prothèses articulaires?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Perte de conscience, étourdissement, vertige	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Infection de l'oreille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

## \* Souffrez-vous d'allergies

Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pénicilline	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aspirine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sulfas	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Anesthésie locale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

\* Êtes-vous enceinte présentement ? Oui  Non  \* Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires Oui  Non

\* Votre sourire vous plaît-il ? Oui  Non

\* Qu'aimeriez-vous changer ? \_\_\_\_\_

\* Prenez-vous pilule contraceptive Oui  Non

\* Prenez-vous des médicaments Oui  Non

\* Liste des médicaments présents \_\_\_\_\_

\* Êtes-vous fumeur Oui  Non

\* Avez-vous eu des traitements de radiothérapie Oui  Non

\* Nom de la chirurgie : \_\_\_\_\_ \* Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_

\* Histoire dentaire : \_\_\_\_\_

\* Dernier rendez-vous dentaire ? \_\_\_\_\_

\* Avez-vous eu  Extraction dentaire / chirurgie bucale  Radiographies dentaires

Traitements de gencives  Hémorragie  Traitements d'orthodontie  Traitement de canal

\* Avez-vous des  Douleurs/ difficultés lorsque vous ouvrez la bouche ?  Saignements de gencives

Dents manquantes non remplacées  Dents mobiles (qui bougent)

\* Est ce que vous ronflez ? Oui  Non

\* Référence \_\_\_\_\_ \* Référencé par \_\_\_\_\_

\* Raison de la visite \_\_\_\_\_

\* Paiements  Vous même  Assurance  RAMQ  Autre

\* Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ \* Numéro de la police \_\_\_\_\_

\* Numéro d'identification \_\_\_\_\_

Date: ..... Signature du patient ..... Dentiste .....