

Nom du patient/de la patiente : _____ No d'identification du patient : _____
Date de naissance : _____

I. ENTOURER LA MENTION CORRESPONDANTE (laisser en blanc si la question n'est pas comprise) :

- | | | | | | | |
|----|-----|-----|--|--|--|--|
| 1. | Oui | Non | Êtes-vous en général en bonne santé ? | | | |
| 2. | Oui | Non | Votre état de santé a-t-il changé depuis l'année dernière ? | | | |
| 3. | Oui | Non | Avez-vous été hospitalisé(e) ou avez-vous été gravement malade au cours des trois dernières années ? | | | |
| | | | Si vous avez répondu OUI, pour quelle raison/maladie ? _____ | | | |
| 4. | Oui | Non | Êtes-vous actuellement en traitement médical sur ordre d'un médecin ? Pour quelle maladie ? _____ | | | |
| | | | Date du dernier examen médical _____ Date du dernier examen dentaire _____ | | | |
| 5. | Oui | Non | Avez-vous eu des problèmes avec un traitement dentaire précédent ? | | | |
| 6. | Oui | Non | Souffrez-vous actuellement ? | | | |

II. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|--|
| 7. | Oui | Non | Douleurs thoraciques (angine de poitrine) ? | 18. | Oui | Non | Vertiges ? |
| 8. | Oui | Non | Chevilles enflées ? | 19. | Oui | Non | Bourdonnement d'oreilles ? |
| 9. | Oui | Non | Essoufflement ? | 20. | Oui | Non | Maux de tête ? |
| 10. | Oui | Non | Perte de poids, fièvre, sueurs nocturnes, récemment ? | 21. | Oui | Non | Pertes de connaissance ? |
| 11. | Oui | Non | Toux persistante, toux sanglante ? | 22. | Oui | Non | Troubles de la vision ? |
| 12. | Oui | Non | Problèmes de saignements, contusions fréquentes ? | 23. | Oui | Non | Crises d'épilepsie ? |
| 13. | Oui | Non | Problèmes de sinus ? | 24. | Oui | Non | Soif excessive ? |
| 14. | Oui | Non | Difficultés à avaler ? | 25. | Oui | Non | Urination fréquente ? |
| 15. | Oui | Non | Diarrhées, constipation, sang dans les selles ? | 26. | Oui | Non | Xérostomie (bouche sèche) ? |
| 16. | Oui | Non | Vomissements fréquents, nausées ? | 27. | Oui | Non | Jaunisse ? |
| 17. | Oui | Non | Difficultés à uriner, sang dans les urines ? | 28. | Oui | Non | Douleurs articulaires, raideur articulaire ? |

III. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT OU AVEZ-VOUS EU :

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--------------------------------------|
| 29. | Oui | Non | Maladie du cœur ? | 40. | Oui | Non | SIDA ? |
| 30. | Oui | Non | Crise cardiaque, malformations cardiaques ? | 41. | Oui | Non | Tumeurs, cancer ? |
| 31. | Oui | Non | Souffles au cœur ? | 42. | Oui | Non | Arthrite, rhumatismes ? |
| 32. | Oui | Non | Rhumatisme articulaire aigu ? | 43. | Oui | Non | Maladies oculaires ? |
| 33. | Oui | Non | Accident vasculaire cérébral, durcissement des artères ? | 44. | Oui | Non | Maladies de peau ? |
| 34. | Oui | Non | Hypertension ? | 45. | Oui | Non | Anémie ? |
| 35. | Oui | Non | Asthme, tuberculose, emphysème pulmonaire, autres maladies pulmonaires ? | 46. | Oui | Non | MST (syphilis ou blennorragie) ? |
| | | | | 47. | Oui | Non | Herpès ? |
| 36. | Oui | Non | Hépatite, autres maladies du foie ? | 48. | Oui | Non | Maladies rénales, de la vessie ? |
| 37. | Oui | Non | Problèmes d'estomac, ulcères ? | 49. | Oui | Non | Maladies thyroïdiennes, surrénales ? |
| 38. | Oui | Non | Allergies : médicaments, aliments, produits médicaux, latex ? | 50. | Oui | Non | Diabète ? |
| 39. | Oui | Non | Antécédents familiaux de diabète, problèmes cardiaques, tumeurs ? | | | | |

IV. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT OU AVEZ-VOUS EU :

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|-------------------------------------|
| 51. | Oui | Non | Soins psychiatriques ? | 56. | Oui | Non | Hospitalisation ? |
| 52. | Oui | Non | Radiothérapie ? | 57. | Oui | Non | Transfusions sanguines ? |
| 53. | Oui | Non | Chimiothérapie ? | 58. | Oui | Non | Opérations chirurgicales ? |
| 54. | Oui | Non | Valvule prothétique ? | 59. | Oui | Non | Stimulateur cardiaque (Pacemaker) ? |
| 55. | Oui | Non | Articulation artificielle ? | 60. | Oui | Non | Lentilles de contact ? |

V. CONSOMMEZ-VOUS ACTUELLEMENT :

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|----------------------------------|
| 61. | Oui | Non | Drogues à usage récréatif ? | 63. | Oui | Non | Tabac (sous toutes ses formes) ? |
| 62. | Oui | Non | Médicaments sur prescription, des médicaments obtenus sans ordonnance médicale (dont l'Aspirine), des remèdes naturels ? | 64. | Oui | Non | Alcool ? |

Veillez indiquer : _____

VI. POUR LES FEMMES UNIQUEMENT :

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|
| 65. | Oui | Non | Êtes-vous actuellement ou pourriez-vous être enceinte ou allaitez-vous ? | 66. | Oui | Non | Prenez-vous actuellement des pilules contraceptives ? |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|

VII. TOUS PATIENTS :

- | | | | |
|-----|-----|-----|---|
| 67. | Oui | Non | Avez-vous actuellement ou avez-vous eu toute autre maladie ou tout autre problème médical NON indiqué sur ce formulaire ? |
|-----|-----|-----|---|
- Si tel est le cas, veuillez expliquer : _____

Je soussigné(e), déclare avoir répondu à chaque question le plus complètement et précisément possible, dans la mesure de mes connaissances. Je m'engage à informer mon dentiste de tout changement dans mon état de santé et (ou) de toute prise de médicaments.

Signature du patient/de la patiente : _____ Date : _____

REVUE DE RAPPEL :

- | | | | |
|----|-------------------------------------|-------|--------------|
| 1. | Signature du patient/de la patiente | _____ | Date : _____ |
| 2. | Signature du patient/de la patiente | _____ | Date : _____ |
| 3. | Signature du patient/de la patiente | _____ | Date : _____ |