HISTOIRE MÉDICALE ET DENTAIRE

Nom à la naissance : _____ Date de naissance : _____ _____ _____ Sexe : M ☐ F ☐

Prénom : _____ Tél. : (rés) : _____ Bur. : _____ Ext : ____

Adresse : _____ Cell. Pagette : _____
NO RUE

_____ **Courriel :** _____
APP VILLE CODE POSTAL

Si c'est un enfant : # Ass. maladie : _____ Exp : _____
Nom du père : _____ Nom de la mère : _____
Bénéficiez-vous de l'aide sociale ? oui ☐ non ☐
Si vous possédez une assurance dentaire, veuillez s.v.p. remplir la section suivant :
Nom de la cie d'assurance : _____ #Police : _____ #Cert. : _____
Nom de l'assuré : _____ Nom de l'employeur de l'assuré : _____
Date de naissance de l'assuré : _____ _____ _____
Référence : Nous aimerions savoir qui vous a référé à notre clinique? _____

HISTOIRE MÉDICALE

	Oui	Non
Avez-vous des problèmes de santé?	☐	☐
Êtes-vous sous les soins d'un médecin présentement?	☐	☐
Si oui, pourquoi? _____		
Souffrez-vous de :		
Infection virale et feux sauvages?	☐	☐
Êtes-vous traité pour l'ostéoporose – ostéopénie?	☐	☐
Avez-vous des problèmes d'ulcères d'estomac ou duodénaux?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des traitements de radiothérapie – chimiothérapie?	☐	☐
Fièvre rhumatismale?	☐	☐
Problèmes cardiaques?	☐	☐
Haute pression?	☐	☐
Diabète?	☐	☐
Anémie?	☐	☐
Mononucléose?	☐	☐
Hypoglycémie?	☐	☐
Évanouissement répété ou épilepsie?	☐	☐
Problème nerveux?	☐	☐
Asthme ou problèmes respiratoires?	☐	☐
Hépatite, jaunisse ou autres problèmes du foie?	☐	☐
Saignements anormaux, hémorragies?	☐	☐
Chirurgie de radiation pour un kyste ou une tumeur?	☐	☐
Infection transmise sexuellement par le sang (ITSS)?	☐	☐
Hémophilie	☐	☐
Êtes-vous séropositif (SIDA)?	☐	☐
Est-ce que vous prenez des médicaments présentement?	☐	☐
Êtes-vous allergique ou avez-vous des réactions connues à la pénicilline ou à la codéine?	☐	☐
Êtes-vous allergique à d'autres médicaments?	☐	☐
Lesquels? _____		
FEMME : Êtes-vous enceinte? Date d'accouchement : _____	☐	☐
Prenez-vous des anovulants (contraceptifs)	☐	☐

HISTOIRE DENTAIRE

Qu'est-ce que qui vous amène à la clinique? _____

Date du dernier examen de prévention? _____

	Oui	Non
Est-ce que vos dents sont sensibles au chaud, au froid, au sucré ou à la mastication?	☐	☐
Est-ce que vos gencives saignent, sont sensibles ou irritées même si c'est légèrement?	☐	☐
Avez-vous eu de mauvaises expériences chez le dentiste?	☐	☐
Est-ce que vous êtes craintif (ive) face aux traitements dentaires?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des plombages?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des traitements de canal?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des broches?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des traitements pour vos gencives?	☐	☐
Y a-t-il des membres de votre famille qui ont souffert de maladie de gencives (maladie parodontale)?	☐	☐
Est-ce qu'il vous arrive de grincer ou serrer des dents?	☐	☐
Est-ce que vos mâchoires sont sensibles, craquent ou bloquent?	☐	☐
Avez-vous des maux de tête, des maux d'oreilles ou de la douleur au cou fréquemment?	☐	☐
Est-ce qu'il arrive que les aliments demeurent coincés entre vos dents (souvent au même endroit)?	☐	☐
Portez-vous des prothèses? Si oui, de quand datent-elles? _____	☐	☐
Y a-t-il des manquantes?	☐	☐
Est-ce que ces dents manquantes ont été remplacées?	☐	☐
Si oui, depuis quand? _____		
Vous privez-vous de manger certains aliments fermes?	☐	☐
Avez-vous des dents branlantes ou déplacées?	☐	☐
Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents?	☐	☐
Êtes-vous satisfait de la position de vos dents?	☐	☐
Êtes-vous satisfait de la couleur de vos dents?	☐	☐
Sinon, qu'aimeriez-vous changer? _____	☐	☐
Êtes-vous un ronfleur ou êtes-vous dérangé par des ronflements?	☐	☐

Sur une échelle de 1 à 10, dont 10 serait la santé optimale,

- Combien évaluez-vous votre santé dentaire présentement? _____
- Qu'aimeriez-vous atteindre comme santé dentaire? _____

Quel est le nom de votre dentiste précédent? _____

Quelle est la raison pour laquelle vous changez de clinique? _____

POURRIEZ-VOUS COCHER LA OU LES RAISONS QUI VOUS ONT EMPÊCHÉ DE RECEVOIR DES TRAITEMENTS DENTAIRES :

Peur de la douleur _____ Manque d'intérêt _____ Coût des traitements _____

Absence de douleur (pas de problèmes dentaires) _____ Non disponible à cause du travail _____

Médecin de famille : _____ **Tél. :** _____

Signature du patient : _____ **Date :** _____

Révision de l'histoire médicale :

Date : _____	**Ini :** _____	**Date :** _____	**Ini :** _____
Date : _____	**Ini :** _____	**Date :** _____	**Ini :** _____
Date : _____	**Ini :** _____	**Date :** _____	**Ini :** _____
Date : _____	**Ini :** _____	**Date :** _____	**Ini :** _____
Date : _____	**Ini :** _____	**Date :** _____	**Ini :** _____