

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 ?<br>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 ? _____<br>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 blennorrhagie) ?    |
| 36. | Oui | Non | Hépatite, autres maladies du foie ?                                      | 47. | Oui | Non | Herpès ?                             |
| 37. | Oui | Non | Problèmes d'estomac, ulcères ?   | 48. | Oui | Non | Maladies rénales, de la vessie ?     |
| 38. | Oui | Non | Allergies : médicaments, aliments, produits médicaux, latex ?            | 49. | Oui | Non | Maladies thyroïdiennes, surrénales ? |
| 39. | Oui | Non | Antécédents familiaux de diabète, problèmes cardiaques, tumeurs ?        | 50. | Oui | Non | Diabète ?                            |

**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 ?                         |

Veuillez 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 ?<br>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 : _____ |