

Nom: (Prénom): \_\_\_\_\_ (Nom de famille): \_\_\_\_\_  
Nom préféré (surnom) : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (aaaa-mm-jj): \_\_\_\_\_ Genre: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_  
Téléphone mobile: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Autre téléphone: \_\_\_\_\_ Téléphone au travail: \_\_\_\_\_  
Employeur: \_\_\_\_\_

Qui pouvons-nous remercier pour vous avoir référé ?  Recherche en ligne  Emplacement  Publicité

Un ami : Nom \_\_\_\_\_  Autre: \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence:

Nom: (Prénom) \_\_\_\_\_ (Nom de famille) \_\_\_\_\_

Lien: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Personne responsable des paiements:  Patient  Autre : Nom \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux du patient

Nom du médecin de famille: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Date du dernier examen médical (aaaa-mm-jj): \_\_\_\_\_

Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'un des problèmes suivants?

- |                                                             |                                                              |                                                 |                                                  |                                              |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle            | <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque                   | <input type="checkbox"/> Hépatite / jaunisse    | <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle  | <input type="checkbox"/> Problème thyroïdien |
| <input type="checkbox"/> Maladie transmissible sexuellement | <input type="checkbox"/> Crise cardiaque                     | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque      | <input type="checkbox"/> Cancer                  | <input type="checkbox"/> Arthrite            |
| <input type="checkbox"/> Diabète                            | <input type="checkbox"/> Remplacement ou implant articulaire | <input type="checkbox"/> Maladie rénale         | <input type="checkbox"/> Glaucome                |                                              |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose                        | <input type="checkbox"/> Leucémie                            | <input type="checkbox"/> AVC                    | <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions   | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale |
| <input type="checkbox"/> Maladie du foie                    | <input type="checkbox"/> Asthme                              | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque  | <input type="checkbox"/> Évanouissement / crises |                                              |
| <input type="checkbox"/> Problèmes gastriques/ulcère        | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques/angine         | <input type="checkbox"/> Emphysème              | <input type="checkbox"/> Radiothérapie           |                                              |
| <input type="checkbox"/> Anémie                             | <input type="checkbox"/> Problème respiratoire               | <input type="checkbox"/> Perte de poids récente |                                                  |                                              |

Rhume des foins / allergies  Autres (veuillez préciser): \_\_\_\_\_

Êtes-vous actuellement sous traitement médical?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé pour une chirurgie ou une maladie?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments (y compris en vente libre)?  Oui \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Non \_\_\_\_\_

Fumez-vous ou mâchez-vous du tabac?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies aux médicaments ou autres?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Veuillez préciser les allergies: \_\_\_\_\_

Prenez-vous une méthode de contraception?  Oui  Non Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être?  Oui  Non

## Patient Dental History

Je me brosse les dents:  Plus d'une fois par jour  Une fois par jour  Une fois par semaine  Une fois par mois  Jamais

J'utilise la soie dentaire:  Plus d'une fois par jour  Une fois par jour  Une fois par semaine  Une fois par mois  Jamais

Veuillez cocher ce qui s'applique:

- Mes gencives saignent lors du brossage ou de l'utilisation de la soie dentaire  Je ressens une douleur à une ou plusieurs dents
- J'ai eu une blessure à la tête, au cou ou à la mâchoire  J'ai déjà porté un appareil orthodontique
- Ma mâchoire clique parfois  J'ai des douleurs à la mâchoire (articulation, oreille ou côté du visage)  Je serre ou grince des dents
- J'ai de la difficulté à ouvrir ou fermer la bouche  J'ai de la difficulté à mâcher  J'ai souvent des maux de tête  J'ai mauvaise haleine
- Je suis insatisfait(e) de la couleur de mes dents  Je suis insatisfait(e) de l'apparence de mes gencives
- Je n'ai jamais reçu d'instructions professionnelles sur l'hygiène bucco-dentaire

Avez-vous d'autres préoccupations concernant vos dents ou votre sourire?  Oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_  Non

Nom du dentiste précédent: \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite dentaire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du patient / tuteur Date Signature du dentiste Nom de l'administration

\_\_\_\_\_  
Signature du patient / tuteur Date Signature du dentiste Nom de l'administration

\_\_\_\_\_  
Signature du patient / tuteur Date Signature du dentiste Nom de l'administration

\_\_\_\_\_  
Signature du patient / tuteur Date Signature du dentiste Nom de l'administration