

Formulaire première visite

Lors d'une première visite, un formulaire donnant tous les renseignements importants sur votre état de santé se doit d'être complété. Pour accélérer le service nous vous invitons à l'imprimer et l'apporter lors de votre premier rendez-vous. Soyez assuré que le tout restera confidentiel.

1. Renseignements personnels (les champs marqués d'un astérisque* sont obligatoires)

*Nom : _____ *Prénom : _____

*Sexe : (Homme ou Femme) _____ *Age : _____

*Adresse : _____

*Ville : _____ *Code Postal : _____

*Tél. domicile : _____ *Tél. travail : _____ *Poste# _____

*Adresse courriel : _____

*Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : (_____/_____/_____)

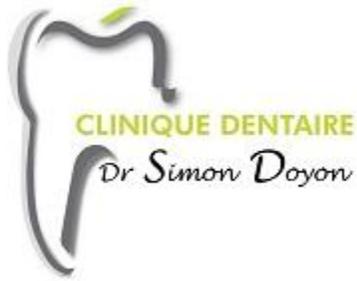
*# Assurance Maladie : _____ *Exp. (AAAA/MM) : (_____/_____)

*Nom du parent/tuteur si Mineur : _____

*En cas d'urgence, contactez (Prénom, Nom) : _____

*Tél. pour rejoindre cette personne en cas d'urgence : _____ - _____ - _____

Raison de votre visite : _____



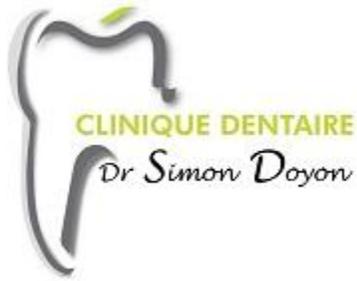
2. Histoire médicale (les champs marqués d'un astérisque* sont obligatoires)

*Êtes-vous présentement suivi par un médecin? (oui, non) : _____

*Si oui, veuillez fournir son nom : _____

*Tél. de votre médecin : _____ - _____ - _____

<u>Questions – Souffrez vous de?</u>	oui	non
Arthrite?		
Épilepsie?		
Fièvre rhumatismale?		
Saignements prolongés?		
Anémie?		
Rhumes fréquents ou sinusite?		
Tuberculose ou problèmes pulmonaires?		
Problèmes d'estomac ou troubles digestifs?		
Problèmes de foie?		
Troubles de rein? (oui, non)		
Hépatite : virus A, B, C, cirrhose?		
Maladies transmissibles sexuellement (MTS) ?		
Diabète?		
Troubles thyroïdiens ?		
Maladies de la peau?		
Problèmes oculaires ?		
Troubles nerveux ?		



Questions – Souffrez vous de?	Oui	Non
Étourdissements, évanouissements ?		
Maux d'oreilles?		
Rhume des foins ?		
Asthme?		
Maux de tête fréquents?		
Êtes-vous fumeur?		
Avez-vous des prothèses articulaires ?		

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois?

(oui,non) : _____

Si oui, veuillez indiquer lesquels : _____

Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement? (oui, non) : _____

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de trouble cardiaques (infarctus, angine, problème valvulaires, souffle)? (oui, non) _____

Tension artérielle? (normal, basse, forte) : _____

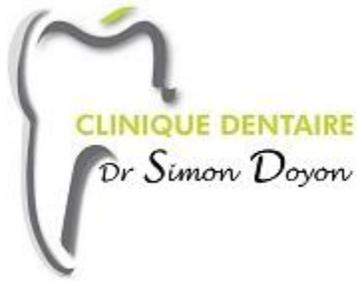
Êtes-vous enceinte? (oui, non) : _____

Prenez-vous un contraceptif hormonal? (oui, non) : _____

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie?
(oui, non) : _____

Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ? (oui, non) _____

Avez-vous été testé séropositif (SIDA) ? (oui, non) _____



Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants :

Produits	oui	non
Aliments		
Pénicilline		
Aspirine		
Iode		
Sulfamides		
Codéines		
Anesthésie		

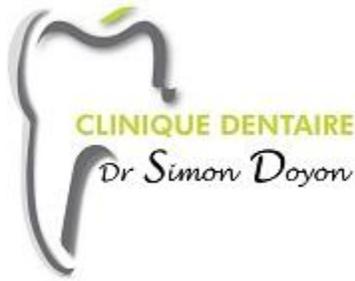
Autres antibiotiques? Précisez : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? (oui, non) : _____

Si oui, lesquelles et quand? _____

Souhaitez-vous discuter de votre état de santé avec votre dentiste? (oui, non) : _____

Commentaires : _____



3. Histoire dentaire :

Dernière visite chez le dentiste :

0-6mois	6-12 mois	+ de 12 mois

Traitements reçus :

Traitements ou services dentaires

<u>Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants ?</u>	Oui	Non
Démonstration d'hygiène buccale ?		
Traitement des gencives ?		
Traitement d'orthodontie (broches) ?		
Traitement de canal ?		
Obturations (réparations) ?		
Couronne(s) ou pont(s) ?		
Prothèses complètes ou partielles ?		
Traitement de chirurgie buccale ou extraction ?		
Implants dentaires ?		
Radiographies dentaires ?		

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire. Nous serons heureux de vous recevoir lors de votre rendez-vous.