



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe : **M**  **F**

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. Maison \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Tél. Travail \_\_\_\_\_

Date de naissance : Jour \_\_\_\_ Mois \_\_\_\_ Année \_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Qui doit-on remercier pour vous avoir référé(e) à notre cabinet ? Dr : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Quelle est la raison de votre visite? \_\_\_\_\_

- |  | OUI | NON |   | OUI | NON |
|--|-----|-----|---|-----|-----|
| 1. Etes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? ...   |     |     | 21. Problèmes oculaires (yeux) .....  |     |     |
| 2. Médecin traitant : Dr _____   |     |     | 22. Arthrite .....  |     |     |
| Tél. : _____   |     |     | 23. Épilepsie .....   |     |     |
| 3. Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? Si oui, lesquels? _____ |     |     | 24. Trouble nerveux .....   |     |     |
| 4. Prenez-vous des anovulants ? (pilules anticonceptionnelles) ...   |     |     | 25. Maux de tête fréquents .....  |     |     |
| Etes-vous enceinte? .....  |     |     | 26. Etourdissements, évanouissements .....  |     |     |
| <b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?</b>  |     |     | 27. Maux d'oreilles .....   |     |     |
| 5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) .....                           |     |     | 28. Rhume des foins .....   |     |     |
| 6. Fièvre rhumatismale .....   |     |     | 29. Asthme .....  |     |     |
| 7. Saignements prolongés .....   |     |     | 30. Fumez-vous? .....   |     |     |
| 8. Anémie .....  |     |     | 31. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)? |     |     |
| 9. Tension artérielle (pression) ..... Haute      Basse ..   |     |     | 32. Etes-vous atteint(e) du syndrome ..... d'immuno-déficience acquise (SIDA)? .....    |     |     |
| 10. Sinusite ou rhumes fréquents .....   |     |     | 33. Etes-vous séropositif au test du SIDA? .....  |     |     |
| 11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires. ....   |     |     | 34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)? .....                 |     |     |
| 12. Troubles digestifs .....   |     |     |   |     |     |
| 13. Ostéoporose. ....  |     |     |   |     |     |
| 14. Ulcère d'estomac .....   |     |     |   |     |     |
| 15. Problèmes du foie (hépatite : A, B, C, cirrhose, etc.) .....   |     |     |   |     |     |
| 16. Troubles du rein .....   |     |     |   |     |     |
| 17. Infection transmissibles sexuellement (I.T.S.) .....   |     |     |   |     |     |
| 18. Diabète .....  |     |     |   |     |     |
| 19. Troubles thyroïdiens .....   |     |     |   |     |     |
| 20. Maladies de la peau. ....  |     |     |   |     |     |

Avez-vous des restrictions alimentaires (diète, personnelles ou religieuses)?  
Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?  
Si oui, lesquelles et quand ?

\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

PRÉCAUTIONS

- |                        | OUI | NON |                    | OUI | NON |
|------------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|
| Aliments. ....         |     |     | Iode, .....        |     |     |
| Pénicilline .....      |     |     | Sulfamidés. ....   |     |     |
| Autres antibiotiques . |     |     | Codéine .....      |     |     |
| Spécifiez : _____      |     |     | Anesthésie locale. |     |     |
| Aspirine .....         |     |     | Autres : _____     |     |     |

Comment pourrions-nous rendre votre visite chez-nous aussi plaisante que possible?

**CETTE SECTION EST RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

\_\_\_\_\_ **Patient**

\_\_\_\_\_ **Parodontiste**

\_\_\_\_\_ **Date**