

YAZDANI DENTISTRY PROFESSIONAL CORPORATION

ÉVALUATION DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

(S.V.P. écrire en lettres moulées)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT					
Date (jj-mm-aaaa) :	Comment avez-vous entendu parler de nous?	Nom du médecin de famille:			
Nom:	Prénom:	Deuxième prénom:	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle	Date de naissance (jj-mm-aaaa):
Adresse:			Numéro de téléphone à la maison:		Numéro du téléphone mobile:
Ville:	Province:	Code postal:	Courriel:		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RÉGIME DE SOINS DENTAIRES					
Avez-vous de l'assurance dentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Nom de la compagnie d'assurance:		
Numéro de police:	Numéro de certificat:	Nom du participant:	Date de naissance du participant (jj-mm-aaaa) :		
Lien de parenté avec le participant au régime: <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Conjoint de fait					
Nom de la compagnie d'assurance secondaire:			Numéro de police:	Numéro de certificat:	
Nom du participant:		Date de naissance du participant (jj-mm-aaaa) :			
Lien de parenté avec le participant au régime: <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Conjoint de fait					

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES					
Date approximative du dernier rendez-vous dentaire? <input type="checkbox"/> Première visite <input type="checkbox"/> entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> entre 2 et 4 ans <input type="checkbox"/> 5 ans ou plus					
Avez-vous déjà subi des traitements parmi les suivants? <input type="checkbox"/> Orthodontie <input type="checkbox"/> Traitement de canal <input type="checkbox"/> Parodontie <input type="checkbox"/> Couronne <input type="checkbox"/> Pont <input type="checkbox"/> Implant dentaire <input type="checkbox"/> Prothèse complète ou partielle					

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX					
Resentez-vous de l'anxiété, du stress, ou de la peur lorsque vous envisagez une visite chez le dentiste? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours					
Êtes-vous allergique aux produits suivants, ou produisent-ils des effets indésirables? <input type="checkbox"/> Anesthésique local / Novocaïne <input type="checkbox"/> Codéine <input type="checkbox"/> Aspirine / Advil <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Sulfamides <input type="checkbox"/> Antibiotique _____ <input type="checkbox"/> Autre _____					
Prenez-vous des médicaments, des vitamines, ou des suppléments? Si OUI , indiquer ci-dessous: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (SUITE)

Êtes-vous fumeur? Oui Non Si **OUI**, quelle est la fréquence d'utilisation? _____ Depuis combien de temps fumez-vous? _____

Avez-vous déjà fumé? Oui Non Si **OUI**, quand avez-vous arrêté? _____

FEMMES SEULEMENT

Êtes-vous ... Enceinte Une mère qui allaite Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle?

Êtes-vous en période postménopausique? Oui Non

Souffrez-vous d'ostéoporose? Oui Non

Si **OUI**, avez-vous déjà pris un ou plus d'un des médicaments suivants? Fosamax Fosamax Plus D Actonel Boniva
 Didronel Skelid Aredia Bonefos Zometa

Si **NON**, avez-vous eu l'examen de l'ostéoporose? Oui Non

Avez-vous un ou plus d'un facteurs de risque pour l'ostéoporose? Post ménopausique Début de la ménopause Arthrite rhumatoïde
 Antécédents familiaux Consommation de tabac Activité physique insuffisante

CONDITIONS MÉDICALES

Êtes-vous diabétique? Oui Non

Si **OUI**, comment qualifiez-vous la maîtrise du diabète? Bon Moyen Pauvre Nom du médecin chargé du suivi du diabète du patient: _____

Date du plus récent test A1c : _____ Résultat: _____

Si **NON**, y a-t-il dans votre famille, des antécédents de diabète? Oui Non

Avez-vous déjà ressenti un ou plus d'un des symptômes précurseurs du diabète, tels que: Urination fréquente Soif / faim excessive Faiblesse / fatigue
 Cicatrisation lente des coupes Perte de poids inexplicée

Souffrez-vous de troubles cardiovasculaires, ou avez-vous déjà subi un AVC (accident vasculaire cérébral)? Oui Non

Si **NON**, présentez-vous un ou plus d'un facteurs de risque de maladie du cœur? Taux élevé de cholestérol Hypertension artérielle
 Antécédents familiaux des maladies du cœur Tabagisme

Y a-t-il dans votre famille des antécédents de la maladie de l'Alzheimer? Oui Non

Y a-t-il dans votre famille des antécédents de maladies des gencives? Oui Non

Votre conjoint(e) souffre-t-il (elle), ou a-t-il (elle) déjà souffert d'une maladie des gencives? Oui Non

Avez-vous déjà reçu une greffe d'organes? Oui Non

Si **OUI**, avez-vous déjà pris, ou prenez-vous un ou plus d'un des médicaments suivants? Dilantin Inhibiteur calcique Immunosuppresseurs

Avez-vous déjà reçu un diagnostic, ou êtes-vous présentement atteint d'une ou plus d'une des conditions suivantes? Asthme Articulations artificielle Trouble(s) auto-immune(s) Problème de saignement
 Cancer Chimiothérapie / radiothérapie Maladie pulmonaire obstructive chronique
 Insuffisance cardiaque congestive Épilepsie Arythmie cardiaque Hépatite VIH / SIDA
 Hypertension artérielle Problèmes rénaux Maladie du foie Ostéoporose Malnutrition
 Prothèses valvulaires cardiaques Traitements psychiatriques Arthrite rhumatoïde
 Usage de stéroïdes Stress Troubles de la glande thyroïde Tuberculose Vertige

Signature du patient: _____ Signature du dentiste: _____

