

# Fiche d'antécédents médicaux

Vos antécédents médicaux sont très importants pour nous. Afin que nous puissions vous prodiguer les meilleurs soins dentaires possibles, veuillez répondre à toutes les questions avec précision et exactitude puisque tout renseignement incorrect pourrait nuire à votre traitement. Votre fiche d'antécédents médicaux sera intégrée à votre dossier dentaire, à titre confidentiel.

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  D<sup>r</sup>  M.Adresse \_\_\_\_\_  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Motif de la consultation d'aujourd'hui : (Encercler) Examen/Nettoyage Douleur/Inflammation Dent brisée/Obturation

Avez-vous déjà été traité pour ce problème? (Encercler) Oui Non

Depuis combien de temps ce problème vous préoccupe-t-il? \_\_\_\_\_

## Antécédents médicaux

Êtes-vous présentement suivi par un médecin? (Encercler) Oui Non

Motif de la dernière consultation? \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ Téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

## Antécédents médicaux antérieurs

1. Avez-vous déjà eu une maladie grave, subi une opération ou été hospitalisé? Dans l'affirmative, veuillez préciser :  
\_\_\_\_\_2. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé au cours des deux (2) dernières années? (Encercler) Oui Non  
Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_3. Avez-vous déjà eu une réaction allergique? (Encercler) Médication Aliment Latex  
Autre : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous déjà souffert des affections suivantes ou été traité à cet effet : (Encercler plus d'une réponse le cas échéant) :

Pression sanguine : haute ou basse	Haut cholestérol	Cardiopathie	Asthme
Rhumatisme articulaire aigu	Souffle cardiaque	Valvulopathie	Fibromyalgie
Problème de saignement/coagulation	Diabète	Dépression	Tuberculose
Accident cérébro-vasculaire	Hépatite	Déficit immunitaire	Sécheresse buccale
Autre :			

5. Êtes-vous fumeur ou l'avez-vous déjà été? (Encercler) Oui Non

Si vous fumez présentement, aimeriez-vous arrêter? (Encercler) Oui Non

6. Combien de boissons alcoolisées consommez-vous : par jour? \_\_\_\_ par semaine? \_\_\_\_ par mois? \_\_\_\_

7. Réservez aux femmes : a. Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? (Encercler) Oui Non

b. Prenez-vous des contraceptifs? (Encercler) Oui Non

## Médications courantes : sous prescription ou surveillance pharmaceutique

Nom de la médication	Dose	Fréquence
1. _____		
2. _____		
3. _____		