

Formulaire d'antécédents médicaux

M. M Mme Dr.

Nom: _____

Residence: _____

Date de naissance: _____

Cellulaire: _____

Adresse: _____

Courriel: _____

Ville: _____ Code Postale: _____

Contact d'urgence: _____

Cell#: _____

Pharmacie: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Fax: _____

Parlez-nous de votre santé

Certains médicaments et certaines conditions médicales peuvent affecter votre santé bucco-dentaire. Il est important de fournir à votre dentiste et à votre hygiéniste des informations médicales actuelles. Il s'agit d'informations essentielles, en particulier lorsque l'on envisage une opération de chirurgie buccale.

1. Prenez-vous des médicaments, des médicaments en vente libre ou des compléments à base de plantes de quelque nature que ce soit ? Si oui, veuillez les énumérer.

Médicaments:	Raison de la prescription:
A)	
B)	
C)	
D)	
E)	

2. Avez-vous des allergies/sensibilités? Si oui, veuillez énumérer:

Médicaments: _____

Produits en latex/caoutchouc: _____

Autres (ex. rhume des foins, aliments): _____

3. Veuillez encercler toutes les réponses qui s'appliquent:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne | <input type="checkbox"/> Arthrite |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Douleur thoracique | <input type="checkbox"/> Reflux acide | <input type="checkbox"/> TDA / TDAH |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> GERD (la maladie du reflux gastro-œsophagien) | <input type="checkbox"/> L'autisme |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> L'anxiété |
| <input type="checkbox"/> Crise cardiaque | <input type="checkbox"/> IBS / (UC) Colite Ulcéreuse / Crohn's | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire (ex: COPD / Cystic Fibrosis) | <input type="checkbox"/> Diabète de type 1 ou 2 |
| <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Maux de tête / Migraines |
| <input type="checkbox"/> Transplantation cardiaque | <input type="checkbox"/> La maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Vertige |
| <input type="checkbox"/> Prolapsus de la valve mitrale | <input type="checkbox"/> Problème de mémoire (ex: démence, Alzheimer) | <input type="checkbox"/> Goutte |
| <input type="checkbox"/> Antécédents d'endocardite | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil / CPAP machine |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale | | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B, C |

☐ Trouble de la coagulation

Problème de saignement

☐ Cancer:

_____yr: _____

☐ Leucémie

☐ Radiothérapie

☐ Chimiothérapie

☐ Thérapie aux stéroïdes

☐ Accident vasculaire cérébral ou AIT

☐ Transplantation d'organes: _____

☐ Remplacement des articulations–

hanche/genou/épaule

☐ Chirurgie: _____

☐ Fente labiale / fente palatine

☐ Maladie du foie

☐ Jaunisse

☐ VIH / Sida

☐ Fièvre rhumatismale

☐ Tuberculose

☐ Consommer du cannabis

☐ Fumer / mâcher des produits du tabac

☐ Dépendance aux drogues et à l'alcool

☐ Enceinte / allaitement

4. Y a-t-il d'autres éléments dont nous devrions être conscients ?

Je comprends que, dans certains cas, le Dr Malette/Morin/Beaudry peut avoir besoin de contacter mon médecin pour obtenir des informations supplémentaires. À ma connaissance, les informations ci-dessus sont correctes.

Signature du patient/parent/tuteur :

Date: (mm/dd/yyyy)