

# Formulaire d'antécédents médicaux

M.      M      Mme      Dr.

Nom: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_

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 importante 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 |
| 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)