

# Associated Endodontists

D<sup>r</sup> Leo Lazare

D<sup>re</sup> Lisane Paquette

265 Carling Avenue, Suite 620, Ottawa, Ontario K1S 2E1 Tel. (613) 238-2463 Fax (613) 238-2817

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX — QUESTIONNAIRE

### ALERTE MÉDICALE :

M. M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, D<sup>r</sup>

Nom \_\_\_\_\_

Date de naissance (Jour-Mois-Année) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse (résidence)

Rue \_\_\_\_\_

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

Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau) \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_

Êtes-vous assuré?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire ci-joint. \_\_\_\_\_

### QUI PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE?

Nom \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

N° de téléphone, le jour \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille

1) Nom du médecin spécialiste \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

2) Nom du médecin spécialiste \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

Qui vous a adressé à notre cabinet? \_\_\_\_\_

**L'information qui suit nous aidera à vous fournir les meilleurs soins dentaires possibles. Elle est strictement confidentielle et protégée par le secret professionnel auquel est tenu le dentiste. Le dentiste révisera les questions avec vous et apportera les éclaircissements nécessaires. Veuillez remplir tout le formulaire.**

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin pour une maladie quelconque, ou l'avez-vous été dans la dernière année. Le cas échéant, pourquoi?  Oui  Non  Incertain – peut-être
2. Quand avez-vous eu votre dernier examen médical?
3. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé au cours de la dernière année? Le cas échéant, expliquez.  Oui  Non  Incertain – peut-être
4. Prenez-vous des médicaments, avec ou sans ordonnance, ou des compléments à base de plantes médicinales? Le cas échéant, lesquels?  Oui  Non  Incertain – peut-être
5. Avez-vous des allergies? Dans l'affirmative, précisez en regard de chaque catégorie.  Oui  Non  Incertain – peut-être
  - a) Médicaments
  - b) Produits en latex ou en caoutchouc
  - c) autres allergies (par exemple, fièvre des foins, aliments)
6. Avez-vous déjà eu des réactions particulières ou ressenti des effets indésirables de médicaments ou d'injections? Le cas échéant, expliquez.  Oui  Non  Incertain – peut-être
7. Souffrez-vous, ou avez-vous déjà souffert, d'asthme?  Oui  Non  Incertain – peut-être
8. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des problèmes au cœur ou de tension artérielle?  Oui  Non  Incertain – peut-être
9. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, un murmure au cœur, un ballonnement de la valve mitrale ou de la fièvre rhumatismale?  Oui  Non  Incertain – peut-être
10. Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle?  Oui  Non  Incertain – peut-être
11. Le médecin vous a-t-il recommandé la prise régulière d'antibiotiques avant un traitement dentaire?  Oui  Non  Incertain – peut-être
12. Votre état de santé ou vos médicaments pourraient-ils affecter votre système immunitaire (exemples: leucémie, SIDA, VIH, radiothérapie, chimiothérapie)  Oui  Non  Incertain – peut-être
13. Avez-vous déjà souffert d'hépatite, de jaunisse ou d'une maladie du foie?  Oui  Non  Incertain – peut-être
14. Avez-vous des problèmes de saignement ou d'hémorragie?  Oui  Non  Incertain – peut-être
15. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour maladie ou opération? Le cas échéant, précisez.  Oui  Non  Incertain – peut-être
16. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu un ou l'autre des problèmes suivant? Veuillez cocher aux endroits voulus.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine, angine | <input type="checkbox"/> Souffle court         | <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire    | <input type="checkbox"/> Diabète           | <input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde    |
| <input type="checkbox"/> Crise cardiaque               | <input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire   | <input type="checkbox"/> Tuberculose           | <input type="checkbox"/> Ulcères d'estomac | <input type="checkbox"/> Diète thérapeutique       |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral  | <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> Cancer                | <input type="checkbox"/> Arthrite          | <input type="checkbox"/> Alcoolisme ou toxicomanie |
|  |  | <input type="checkbox"/> Thérapie stéroïdienne | <input type="checkbox"/> Épilepsie         |  |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> Maladie rénale    |  |
17. Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, un problème ou une maladie qui n'apparaît pas dans la liste ci-dessus? Le cas échéant, lequel ou laquelle?  Oui  Non  Incertain – peut-être
18. Y a-t-il, dans votre famille, des maladies comme le diabète, le cancer, maladie du cœur ou autres?  Oui  Non  Incertain – peut-être
19. Fumez-vous ou mâchez-vous des produits du tabac (tabagisme)?  Oui  Non  Incertain – peut-être
20. Éprouvez-vous de la nervosité pendant le traitement dentaire?  Oui  Non  Incertain – peut-être
21. Pour les femmes seulement : Allaitiez-vous ou êtes-vous enceinte? Si vous êtes enceinte, quand prévoyez-vous accoucher?  Oui  Non  Incertain – peut-être

L'information ici donnée est exacte au mieux de ma connaissance.

Signature du patient, du parent ou du tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_