

# Associated Endodontists

Dre Lisane Paquette

Dr Andrew Gaffen

Dre Helena Lim

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

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX — QUESTIONNAIRE

### ALERTE MÉDICALE :

M. Mlle, Mme, Dr

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

Date de naissance (jour-mois-année) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse (résidence): \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

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

Téléphone (résidence): \_\_\_\_\_

Téléphone (bureau): \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

### QUI PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE?

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

Relation: \_\_\_\_\_

N° de téléphone, le jour: \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille: \_\_\_\_\_

Nom du médecin spécialiste: \_\_\_\_\_

Spécialité: \_\_\_\_\_

Nom du dentiste référant: \_\_\_\_\_

Êtes-vous assuré?  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire ci-joint.

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.

- 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
- Ya-t-il eu des changements dans votre état de santé au cours de la dernière année?  Oui  Non  Incertain – peut-être  
Le cas échéant, expliquez: \_\_\_\_\_
- Prenez-vous des médicaments?  Oui  Non  Incertain – peut-être  
Le cas échéant, lesquels: \_\_\_\_\_
- Avez-vous des allergies? Dans l'affirmative, précisez en regard de chaque catégorie.  
 Oui  Non  Incertain – peut-être
  - Médicaments: \_\_\_\_\_
  - Produits en latex ou en caoutchouc: \_\_\_\_\_
  - Autres allergies (par exemple, fièvre des foins, aliments): \_\_\_\_\_
- Décrivez les réactions anormales ou les effets indésirables de médicaments ou d'injections: \_\_\_\_\_
- Souffrez-vous, ou avez-vous déjà souffert, d'asthme?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, des problèmes au cœur ou de tension artérielle?  
 Oui  Non  Incertain – peut-être
- Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, un murmure au cœur, un ballonnement de la valve mitrale ou la fièvre rhumatismale?  
 Oui  Non  Incertain – peut-être
- Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Devez-vous prendre des antibiotiques à chaque traitement dentaire (ex: après le remplacement d'une hanche ou un problème cardiaque)?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Votre état de santé ou vos médicaments pourraient-ils affecter votre système immunitaire (ex: leucémie, SIDA, VIH, radiothérapie, chimiothérapie)  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Avez-vous déjà souffert d'hépatite, de jaunisse ou d'une maladie du foie?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Avez-vous des problèmes de saignement ou d'hémorragie?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour maladie ou opération? Le cas échéant, précisez: \_\_\_\_\_  
 Oui  Non  Incertain – peut-être
- 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	
- Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, un problème ou une maladie qui n'apparaît pas dans la liste ci-dessus?  
 Oui  Non  Incertain – peut-être  
Le cas échéant, lequel ou laquelle: \_\_\_\_\_
- Fumez-vous ou mâchez-vous des produits du tabac (tabagisme)?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- Éprouvez-vous de la nervosité pendant le traitement dentaire?  Oui  Non  Incertain – peut-être
- 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: \_\_\_\_\_