

Associated Endodontists

D^{re} Lisane Paquette Dr Andrew Gaffen

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

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX — QUESTIONNAIRE

ALERTE MÉDICALE :

M. M^{lle}, M^{me}, D^r

Nom: _____

Date de naissance (jour-mois-année) ____/____/____

Adresse (résidence):

Rue _____

Ville Province Code postal

Téléphone (résidence): _____

Téléphone (bureau): _____

Courriel: _____

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: _____

Nom du médecin spécialiste: _____

Spécialité: _____

Nom du dentiste référant: _____

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: _____