



Informations du patient

Nom de famille :

Masculin Féminin

Prénom :

Âge :

Date de naissance :

Occupation :

Parent/Tuteur :

Langue de préférence :

Adresse postale :

Téléphone maison :

Ville :

Cellulaire :

Province :

Courriel :

Code postal :

Téléphone travail :

Veillez fournir une adresse courriel si vous consentez à recevoir des courriels pour les confirmations, les événements d'appréciation des patients et d'autres événements ou promotions. Votre courriel ne sera pas partagé.

État civil :

Nom du conjoint(e) :

Personne financièrement responsable du compte :

Avez-vous une assurance dentaire ?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir :

Compagnie d'assurance :

Numéro de groupe/police/plan :

Titulaire de la police :

Date de naissance du titulaire : Numéro

d'identification/certificat :

Êtes-vous couvert(e) par une autre assurance dentaire ?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir :

Compagnie d'assurance :

Numéro de groupe/police/plan :

Titulaire de la police :

Date de naissance du titulaire : Numéro

d'identification/certificat :

Médecin de famille :

Tél. :

Date de dernière visite :

Autre spécialiste :

Tél. :

Date de dernière visite :

Référence	Recherche en ligne	Habiter près	Enseigne	Carte postale
Journaux	Media sociaux	Autre		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Comment avez-vous entendu parler de notre bureau ?

Qui peut-on remercier pour vous avoir référé ?

Quelle est la raison de votre visite ?

Antécédents médicaux

Êtes-vous en bonne santé ?

Oui Non

Si non, veuillez expliquer :

Avez-vous eu une maladie grave / blessure / hospitalisation au cours des deux dernières années ?

Oui Non

Si oui, veuillez expliquer :

Avez-vous actuellement, ou avez-vous déjà été traité pour ce qui suit :

Diabète	Articulation artificielle hanche/genou	Maladie du foie	Troubles nerveux
Pression artérielle faible/élevée	Arthrite	Troubles rénaux	Évanouissement ou étourdissements
Angine	Tuberculose	Problème de glandes	Maux de tête fréquents
Accident vasculaire cérébral	Maladie respiratoire (BPCO)	Maladie thyroïdienne	Épilepsie
Souffle au cœur	Asthme	Ostéoporose	Cancer
Prolapsus de la valve mitrale	Maladie du sang	Problèmes émotifs	Fibromyalgie
Valve cardiaque artificielle	Saignements prolongés	Anxiété	Sclerose en plaque
Stimulateur cardiaque	Anémie	Maladie de Crohn	Autre (spécifiez)
Maladie/Crise cardiaque	VIH/SIDA	Trouble psychiatrique	
Fièvre rhumatismale	Hépatite A/B/C	Autisme	

Si vous avez coché l'une des réponses ci-dessus, veuillez donner des détails :

Énumérer les médicaments que vous prenez présentement :

- | | | | |
|----|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 5. | 6. | 7. | 8. |

Énumérer les allergies aux médicaments, autres allergies ou sensibilités :

Veuillez apporter une liste de médicaments récente si elle est vaste.

Avez-vous déjà réagi négativement à l'un des médicaments ou injections suivants ?

Codéine Pénicilline Sulfamides Aspirine anesthésie locale ou générale Autre

Êtes-vous allergique au latex ?

Oui

Non

Êtes-vous enceinte ?

Oui

 Non

Allaitiez-vous ?

Oui

Non

Avez-vous déjà eu besoin d'injections mensuelles ou d'un traitement oral aux bisphosphonates contre l'ostéoporose ?

Oui

Non

Antécédents dentaires

Avez-vous déjà eu des blessures au visage, à la bouche ou aux dents ? Oui Non

Avez-vous déjà été traité pour un problème articulaire de la mâchoire, y compris la chirurgie ? Oui Non

Avez-vous déjà eu une chirurgie dentaire? Si oui, laquelle? Oui Non

Fumez-vous ou mâchez-vous du tabac ? À quelle fréquence ? Oui Non

Utilisez-vous des drogues récréationnelles ou pour des raisons médicales, Combien? Oui Non

Avez-vous des habitudes tels se ronger les ongles, se mordre les lèvres ou les objets ? Oui Non

Avez-vous fréquemment des ulcères ou des feux sauvages à la bouche ? Oui Non

Respirez-vous la bouche ouverte ? Durant le sommeil ? Durant l'éveil ? Oui Non

Est-ce que vous ronflez ou avez-vous été diagnostiqué pour l'apnée du sommeil? Oui Non

Avez-vous été informé de dents permanentes manquantes ou en surplus ? Oui Non

Grincez-vous ou serrez-vous les dents ? Oui Non

Avez-vous des appareils de rétention ou contre le grincement des dents ? Oui Non

Avez-vous des maux de tête fréquents ? Oui Non

Avez-vous des difficultés à ouvrir et / ou fermer votre mâchoire ? Oui Non

Avez-vous déjà été conseillé de prendre des antibiotiques avant les traitements dentaires ? Oui Non

Êtes-vous craintif envers les visites dentaires ? Oui Non

Combien de fois par jour brossez-vous vos dents ?

Combien de fois passez vous la soie dentaire?

Utilisez-vous un irrigateur Waterpik ?

Je donne par la présente, Dre. Chantal Plant et associé et / ou aux membres de leur équipe, la permission de communiquer les informations concernant ma santé dentaire au médecin de famille, dentiste ou autre spécialiste jugé nécessaire de temps à autre. Ces informations comprennent des radiographies (rayons X) et d'autres enregistrements de diagnostic qui se rapportent à l'état initial, au diagnostic, au traitement proposé ou au traitement en cours. J'ai répondu honnêtement à toutes les questions ci-dessus et j'accepte d'informer ce bureau de tout changement dans mon histoire médicale ou dentaire. J'ai lu et compris ce paragraphe et j'autorise Dre Chantal Plant et associé à effectuer une évaluation complète sur moi.

Signature du patient :

Signature du dentiste :

Date :