BLACKBURN SHOPPES
DENTAL CENTRE

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 :

Veuillez 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 :

Comment avez-vous entendu parler de notre bureau ?

☐ Référence ☐ Recherche en ligne ☐ Habiter près ☐ Enseigne ☐ Carte postale
☐ Journaux ☐ Media sociaux ☐ Autre

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

Allaitez-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 en une chirurgie dentaire? Si oui, laquelle?	Oui	Non
Fumez-vous ou mâchez-vous du tabac ? À quelle fréquence ?	Oui	Non
Utilisez- vous des drogues récreationnelles 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 diagostiqué 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 commniquer 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 :**