VOS DENTISTES
Lévis | Saint-Lambert

CONFIDENTIEL HISTOIRE MÉDICALE

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent ou tuteur : _____
En cas d'urgence, contacter : _____

	Oui	Non		Oui	Non
1 Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? _____ Si oui, raison : _____ _____ Nom du médecin : _____ Tél : _____	☐	☐	23 Problèmes pulmonaires : Bronchite chronique Pneumonie Emphysème Tuberculose	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐
2 Prenez-vous : _____ Des produits naturels ou homéopathiques Des hormones / anovulants Des Bisphosphonates Des anticoagulants	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐	24 Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? Si oui, nous prendrons une photocopie de Votre liste de la pharmacie.	☐	☐
3 Êtes-vous enceinte ? Allaitez-vous ?	☐ ☐	☐ ☐	25 Avez-vous des prothèses articulaires?	☐	☐
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :			26 Ronflez-vous?	☐	☐
4 Troubles cardiaques : Infarctus Angine Problèmes valvulaires Souffle au cœur Maladie cardiaque congénitale Douleur à la poitrine avec effort Insuffisance coronarienne	 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	27 Problèmes sanguins : Hémophilie Sang clair Anémie Saignement anormal ou hémorragie Autre : _____	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐
5 Transfusion sanguine	☐	☐	28 Maladies de la peau	☐	☐
6 Fièvre rhumatismale	☐	☐	29 Accident vasculo-cérébral (AVC)	☐	☐
7 Cholestérol	☐	☐	30 Problèmes oculaires (yeux)	☐	☐
8 Tension artérielle (pression) BASSE/HAUTE	☐	☐	31 Fumez-vous ou vapotez-vous ? Combien de cigarettes par jour ?	☐	☐
9 Rhumes fréquents ou sinusite	☐	☐	32 Arthrite/Arthrose	☐	☐
10 Perte de connaissance soudaine	☐	☐	33 Ostéoporose	☐	☐
11 Hépatite, si oui de quel type : _____	☐	☐	34 Épilepsie ou convulsions	☐	☐
12 Recevez-vous des injections?	☐	☐	35 Troubles neurologiques	☐	☐
13 Troubles digestifs Spécifiez :	☐	☐	36 Maladies psychiatriques	☐	☐
14 Ulcère de l'estomac ou de l'intestin	☐	☐	37 Maux de tête fréquents	☐	☐
15 Problème de foie	☐	☐	38 Étourdissements, évanouissements	☐	☐
16 Troubles du rein	☐	☐	39 Maux d'oreilles	☐	☐
17 Urinez-vous souvent?	☐	☐	40 Infections virales ou feux sauvages	☐	☐
18 Infections transmissibles sexuellement (ITS)	☐	☐	41 Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie ?	☐	☐
19 Diabète	☐	☐	42 Asthme	☐	☐
20 Troubles thyroïdiens	☐	☐	43 Êtes-vous séropositif ?	☐	☐
21 Consommez-vous de l'alcool? ☐Un peu ☐Modérément ☐Quotidiennement	☐	☐	44 Consommez-vous des drogues ? Lesquelles : _____	☐	☐
22 Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants : latex, pénicilline, codéine, anesthésie locale, certains aliments, médicament où autre.	☐	☐	45 Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales ?	☐	☐

x._____ x. _____

x._____

SIGNATURE PATIENT SIGNATURE DENTISTE SIGNATURE HYGIÉNISTE DATE