

**FORMULAIRE CONFIDENTIEL POUR NOUVEAU PATIENT**  
S.V.P. IMPRIMER, REMPLIR ET APPORTER À VOTRE PROCHAINE VISITE

INFORMATION DU NOUVEAU PATIENT

Sexe:  M  F Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél Dom #: ( ) \_\_\_\_\_ Rue App Ville Code Postal  
Trav#: ( ) \_\_\_\_\_

Date de Naissance: J \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ A \_\_\_\_ État Civil: \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_ Taille \_\_\_\_

Tuteur: \_\_\_\_\_

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

Référé(e) par: \_\_\_\_\_

Raison de la Visite: \_\_\_\_\_

HISTORIE MÉDICALE

INFORMATION DU PHYSICIEN(S)

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?:

Si Oui:

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: ( ) \_\_\_\_\_

2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois. Si oui, lesquels?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Êtes-vous enceinte?  OUI  NON

4. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)  OUI  NON

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous de... ? Cochez la case :**

5.  Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle)

6.  Fièvre rhumatismale

7.  Saignements prolongés

8.  Anémie

9.  Tension artérielle (pression)  Haute  Basse

10.  Rhumes fréquents ou sinusite

11.  Tuberculose ou problèmes pulmonaires

12.  Troubles digestifs

13.  Ulcère de l'estomac

14.  Problèmes du foie (hépatite: virus A, B, C, cirrhose, etc)

- 15.  Troubles du rein
- 16.  Maladies vénériennes (MTS)
- 17.  Diabète
- 18.  Troubles thyroïdiens
- 19.  Maladies de la peau
- 20.  Problèmes oculaires (yeux)
- 21.  Arthrite
- 22.  Épilepsie
- 23.  Troubles nerveux
- 24.  Maux de tête fréquents
- 25.  Étourdissements et/ou évanouissements
- 26.  Maux d'oreilles
- 27.  Rhumes des foins
- 28.  Asthme
- 29. Fumez-vous?  OUI  NON
- 30.  Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)?
- 31.  Êtes-vous atteint(e) du SIDA?
- 32.  Êtes-vous séro-positif au test du SIDA?
- 33.  Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc)

**34. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants? Cochez les cases ci-dessous :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iode           | <input type="checkbox"/> Sulfamides        |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline    | <input type="checkbox"/> Codéine           |
| <input type="checkbox"/> Aspirine       | <input type="checkbox"/> Anesthésie Locale |
| <input type="checkbox"/> Autres _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Aliments _____ |  |

35. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles? Et Quand?

---

---

36. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? Remarques?

---

---

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL : ATTENTION!

