

INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SEXE : F M
 DATE DE NAISSANCE : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____ TUTEUR : _____
 ADRESSE : N° : _____ Rue : _____ App. : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 TÉL. : domicile : _____ cellulaire : _____ Courriel : _____
 EN CAS D'URGENCE, contactez : _____ Tél. : _____
 N° RAMQ : _____ Exp. : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____ Date dernier examen nettoyage: _____

RAISON DE LA VISITE : _____

HANDICAPS ET LIMITATIONS : Fauteuil roulant Canne Marchette Le patient doit être accompagné

Handicap physique : _____

Antibiothérapie prophylactique nécessaire : OUI NON Habitudes hyg: Br: _____ BADE ____ BADM ____

Plainte P: _____ Soie: _____ Dentifrice: _____

_____ R-B: _____

HISTOIRE MÉDICALE

OUI NON

OUI NON

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

Si oui,

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité : _____

Fréquence des suivis : _____ Raison : _____

2. Prenez-vous ou avez-vous pris au cours des 6 derniers mois des

médicaments, des produits naturels ou homéopathiques?

Si oui, remplissez le tableau « Histoire médicamenteuse » au verso

3. Avez-vous fait de la fièvre de plus de 38°C dans la dernière semaine ..

4. Avez-vous été hospitalisé depuis les 2 dernières années?

Si oui,

Raison : _____ Année : _____

Raison : _____ Année : _____

Raison : _____ Année : _____

5. Faites-vous usage de tabac, drogue, alcool? _____

6. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu :

Tatouage Acupuncture

Maquillage permanent Électrolyse

Perçage corporel Blessure avec une aiguille souillée

7. Femme :

Êtes-vous enceinte?

Si oui, de combien de semaines _____

Prenez-vous des anovulants?

Êtes-vous ménopausée?

8. Avez-vous déjà eu une réaction allergique aux produits suivants :

Latex

Aspirine

Pénicilline

Aliments

Autres

Liste de médicaments:

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

9. Troubles cardiaques (infarctus, angine, arythmie, souffle au cœur, endocardite, valvulopathie)

10. Troubles de la tension artérielle (haute ou basse)

11. Troubles vasculaires (ACV, thrombophlébite)

12. Troubles sanguins (hémophilie, anémie, mononucléose)

13. Troubles pulmonaires (asthme, emphysème, tuberculose, MPOC)

14. Troubles hépatiques (jaunisse, hépatite A B C, cirrhose)

15. Troubles digestifs (reflux, ulcère d'estomac, maladie de Crohn)

16. Troubles endocriniens (hypothyroïdie, hyperthyroïdie)

17. Troubles rénaux (insuffisance, pierres au rein)

18. Troubles neurologiques (épilepsie, parkinson, sclérose en plaques)

19. Troubles cognitifs et d'apprentissage (THA, TDAH, autisme, TED)

20. Troubles psychiatriques (dépression, anxiété, schizophrénie, bipolarité, trouble de personnalité limite)

21. Maladies inflammatoires (arthrite)

22. Infections transmissibles par le sang et la salive (ITSS/MTS)

23. Fièvre rhumatismale

24. Diabète (Type I ou II)

25. Sinusite, rhinite chronique

26. Glaucome

27. Cancer

Si oui,

Localisation : _____ Année : _____

Traitements : _____

28. Avez-vous subi une greffe?

29. Avez-vous une ou des prothèses articulaires? (hanche, genou)

Si oui, depuis combien d'années? _____

30. Suivez-vous une diète spéciale?

31. Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise?

32. Êtes-vous séropositif (VIH)?

33. Maux de tête fréquents, migraines

34. Perte de conscience, vertiges

35. Perte ou gain de poids anormal, anorexie, difficulté à avaler

36. Fatigue ou stress important

Je soussigné, déclare avoir lu, compris m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement à mon état de santé. Par la présente, j'autorise la constitution de mon dossier d'hygiène dentaire. On m'a informé que mon dossier sera conservé en tout temps au bureau de l'hygiéniste dentaire traitant qui seul y aura accès. On m'a aussi informé de mon droit à consulter mon dossier en tout temps et d'y demander une rectification si nécessaire.

Signature du patient/responsable : X _____ Date : _____

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses inscrites au questionnaire médical et avoir pris les précautions nécessaires, le cas échéant.

Signature de l'hygiéniste dentaire : X _____ Date : _____

MÉDICATION

| NOM | Mg/jour | MALADIE TRAITÉE | CLASSIFICATION | DATE | COMMENTAIRE |
|-----|---------|-----------------|----------------|------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Empty rectangular box for additional notes.