

QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION CONFIDENTIEL

M: F: Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ App.# _____
 Ville : _____ Province: _____ Code postal : _____
 Téléphone : Domicile : _____ Travail : _____ poste _____
 Cellulaire : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
 Adresse électronique : _____
No. Assurance Maladie : _____ **Expiration :** _____ / _____
 Référé par : _____
 Raison de votre rendez-vous : _____

Déterminez-vous une assurance dentaire? oui non Êtes-vous bénéficiaire d'aide sociale? oui non

Histoire Médicale :

1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? oui non
 Médecin traitant : _____ N° de tél. : _____
 2. Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des derniers six mois? (y compris des injections pour combattre l'ostéoporose ex : *Aradia®*, *Aclasta®*, *Zometa®*, *Prolia®*...)
 oui non Si oui, lesquels? _____

<p>3. Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>4. Troubles cardiaques? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>5. Fièvre rhumatismale? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>6. Saignements prolongés? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>7. Anémie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>8. Pression? haute <input type="checkbox"/> ou basse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>9. Rhumes fréquents ou sinusite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>10. Troubles digestifs? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>11. Problèmes pulmonaires, asthme? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>12. Problèmes de foie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>13. Troubles du rein? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>14. Diabète? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>15. Troubles thyroïdiens? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>16. Épilepsie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>17. Arthrite? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>18. Maux de tête fréquents? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>19. Problèmes oculaires (yeux)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>21. Troubles nerveux/dépression? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>22. Rhume des foins? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>23. Évanouissements? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
---	--

24. Souffrez-vous d'une ou des allergies suivantes :

Aliments <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Iode <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres? _____
Pénicilline <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Sulfamides <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____
Aspirine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Anesthésie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____

25. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)? oui non

26. Êtes-vous porteur du virus du sida et/ou hépatite? oui non

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? oui non

Si oui, lesquelles et quand? _____

Désirez-vous ajouter des renseignements quant à votre état de santé en général? _____

Date : _____ Signature : _____ Signature du chirurgien : _____