

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient _____ Âge _____

Nom du médecin/spécialité _____

Examen physique le plus récent _____ But _____

Quel est votre état de santé général, selon vous? Excellent Bon Correct Médiocre

AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

OUI NON

OUI NON

1. une hospitalisation pour maladie ou blessure _____
2. une réaction allergique à _____
 - l'aspirine, l'ibuprofène, l'acétaminophène, la codéine
 - la pénicilline
 - l'érythromycine
 - la tétracycline
 - au sulfite
 - un anesthésique local
 - au fluorure
 - à des métaux (nickel, or, argent, _____)
 - au latex
 - autres _____
3. des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers mois _____
4. des antécédents d'endocardite infectieuse _____
5. une valvule artificielle, une anomalie cardiaque réparée (PFO) _____
6. un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable _____
7. un implant orthopédique (arthroplastie) _____
8. une fièvre rhumatismale ou la scarlatine _____
9. une pression sanguine trop basse ou trop élevée _____
10. un accident vasculaire cérébral (prescription d'anticoagulants) _____
11. une anémie ou autre maladie du sang _____
12. des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5) _____
13. un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose _____
14. la tuberculose, la rougeole, la varicelle _____
15. de l'asthme _____
16. des problèmes de respiration ou de sommeil (apnée du sommeil, ronflements, sinus) _____
17. une maladie rénale _____
18. une maladie du foie _____
19. jaunisse _____
20. une maladie de la thyroïde, parathyroïdienne ou une carence en calcium _____
21. une déficience hormonale _____
22. un taux de cholestérol élevé ou prise de statines _____
23. un diabète (HbA1c =) _____
24. un ulcère de l'estomac ou du duodénum _____
25. des troubles digestifs (reflux gastrique, maladie coeliaque) _____
26. une ostéoporose (prise de bisphosphonates) _____

27. de l'arthrite _____
28. une maladie auto-immune _____
 - (polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodémie)
29. un glaucome _____
30. des lentilles de contact _____
31. des blessures à la tête ou au cou _____
32. de l'épilepsie, des convulsions (crises d'épilepsie) _____
33. des troubles neurologiques (TDA/TDAH, maladies à prions) _____
34. des infections virales et de l'herpès labial _____
35. des ganglions dans la bouche _____
36. de l'urticaire, une éruption cutanée, le rhume des foies _____
37. maladie transmise sexuellement _____
38. une hépatite (type) _____
39. VIH/SIDA _____
40. une tumeur, une excroissance anormale _____
41. de la radiothérapie _____
42. de la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs _____
43. des difficultés émotionnelles _____
44. des traitements psychiatriques _____
45. des médicaments antidépresseurs _____
46. un problème d'alcool/de drogues _____

VOUS ÊTES/AVEZ:

47. actuellement soigné pour une autre maladie _____
48. conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux ou diarrhée) _____
49. un traitement pour vous aider à gérer votre poids _____
50. des compléments alimentaires _____
51. souvent épuisé ou fatigué _____
52. des maux de tête fréquents _____
53. fumeur, vous avez déjà fumé ou vous utilisez du tabac sans fumée _____
54. considéré comme une personne sensible/susceptible _____
55. souvent malheureux ou déprimé _____
56. FEMME - un traitement contraceptif hormonal (pilule) _____
57. FEMME - enceinte _____
58. HOMME - des troubles de la prostate _____

Décrire tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent, retard de développement/géné que ou autres traitements pouvant affecter votre traitement dentaire. (Botox, injections de collagène, par exemple) _____

Liste de tous les médicaments, compléments et/ou vitamines pris au cours des deux dernières années.

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____