



INFORMATION DU PATIENT DATE

NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE ÂGE _____ SEXE _____

ADRESSE _____ APARTEMENT _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉL. MAISON () _____ TÉL. CEL. () _____

COURRIEL _____ TEL. TRAVAIL () _____

QUEL EST LE MEILLEUR MOYEN DE VOUS JOINDRE POUR PRISE ET CONFIRMATION DE RENDEZ-VOUS?
 COURRIEL TÉL. RÉSIDENCE TÉL. CELLULAIRE TÉL. TRAVAIL

SI PAR TÉLÉPHONE QUEL EST LE MEILLEUR MOMENT POUR VOUS JOINDRE, AM PM SOIR
 À NOTER QUE LA MAJORITÉ DE NOS COMMUNICATIONS SONT FAITES DE JOUR.

NOM DU CONJOINT, PARENT OU TUTEUR _____

TEL. CEL. () _____ TEL. TRAVAIL () _____

NOM DES ENFANTS _____

DATE DE NAISSANCE | |

NOM DE VOTRE EMPLOYEUR _____ VOTRE OCCUPATION _____

EN CAS D'URGENCE

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'UNE PERSONNE QUI NE DEMEURE PAS À LA MÊME ADRESSE QUE VOUS.

NOM _____ PRÉNOM _____ LIEN _____

TÉL. () _____

ASSURANCE DENTAIRE PRIVÉE OUI NON R.A.M.Q.

RÉFÉRENCE

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOTRE CLINIQUE ?

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES (RÉSERVÉ À L'USAGE DU PROFESSIONNEL)

_____ _____
 _____ _____
 _____ _____

SUITE ANNEXE

HISTOIRE DU PATIENT (RÉSERVÉ À L'USAGE DU PROFESSIONNEL)

_____ _____
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____

SUITE ANNEXE

(PAGE RÉSERVÉE À L'USAGE DU PROFESSIONNEL)

1

DATE							MÉDICAMENT	ET	MALADIE
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				
J	J	M	M	A	A				

2

DATE							TA	POUL	DATE							TA	POUL
J	J	M	M	A	A		SYS/DIS		J	J	M	M	A	A		SYS/DIS	
J	J	M	M	A	A		SYS/DIS		J	J	M	M	A	A		SYS/DIS	
J	J	M	M	A	A		SYS/DIS		J	J	M	M	A	A		SYS/DIS	
J	J	M	M	A	A		SYS/DIS		J	J	M	M	A	A		SYS/DIS	
J	J	M	M	A	A		SYS/DIS		J	J	M	M	A	A		SYS/DIS	

3

DATE							CHANGEMENT D'ÉTAT DE SANTÉ									
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											

4

DATE							AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES									
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											
J	J	M	M	A	A											



CONTACT MÉDICAL

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT SUIVI PAR UN MÉDECIN

OUI NON

NOM _____ PRÉNOM _____

TÉL. () _____ POSTE _____

SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT PRESCRIT PAR UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

OUI NON

NOM _____ PRÉNOM _____

TÉL. () _____ POSTE _____

MÉDICAMENT	MALADIE	DOSE

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ ? OUI NON

DERNIÈRE VISITE MÉDICALE

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

QUAND ?

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

 POURQUOI ? _____

QUAND ?

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

 POURQUOI ? _____

QUAND ?

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

 POURQUOI ? _____

HISTORIQUE MÉDICAL

IDENTIFIEZ LES TROUBLES DONT VOUS AVEZ SOUFFERT OU DONT VOUS SOUFFREZ ACTUELLEMENT

AFIN DE POUVOIR OFFRIR À NOS PATIENT(ES) DES SOINS DENTAIRES ADÉQUATS, NOUS VOUS DEMANDONS DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES. VOS RÉPONSES SERONT RÉVISÉES AVEC VOUS PAR LE DENTISTE. VOUS POUVEZ ÊTRE ASSURÉS(ES) QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SERONT GARDÉES CONFIDENTIELLES.

(COCHEZ O POUR OUI ET N POUR NON)

	O	N		O	N
TROUBLES CARDIAQUES? <input type="checkbox"/> INFARCTUS <input type="checkbox"/> ANGINE <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> PROBLÈMES VALVULAIRES <input type="checkbox"/> SOUFFLE			MAUX D'OREILLES?		
FIÈVRE RHUMATISMALE?			MALADIE DE LA PEAU?		
SAIGNEMENT PROLONGÉ?			PROBLÈMES OCULAIRES?		
ANÉMIE?			PRENEZ-VOUS DES SUPPLÉMENTS OU PRODUITS NATURELS PRÉCISEZ _____		
TENSION ARTÉRIELLE ? <input type="checkbox"/> HAUTE <input type="checkbox"/> BASSE <input type="checkbox"/> CONTRÔLÉE			FUMEZ-VOUS? DEPUIS QUAND _____ QTÉ/JOUR _____		
RHUMES FRÉQUENTS OU SINUSITE?			AVEZ-VOUS DES PROTHÈSES ARTICULAIRES (HANCHE, GENOUX, ETC)?		
TUBERCULOSE OU PROBLÈMES PULMONAIRES?			SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES OU D'INTOLÉRANCES? (MÉDICAMENTS OU AUTRES) PRÉCISEZ _____		
RHUME DES FOINS?			ÉTÉS-VOUS DÉPENDANT À L'ALCOOL? PRÉCISEZ _____		
ASTHME?			FAITES-VOUS USAGE DE COCAÏNE?		
TROUBLES DIGESTIFS?			AUTRES DROGUES? PRÉCISEZ _____		
ULCÈRE DE L'ESTOMAC			AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI DES TRAITEMENTS DE RADIOTHÉRAPIE ET/OU CHIMIOTHÉRAPIE?		
PROBLÈMES DE FOIE? <input type="checkbox"/> HÉPATITE A B C <input type="checkbox"/> CIRRHOSE <input type="checkbox"/> AUTRES			ÉTÉS-VOUS SÉROPOSITIF DU SIDA?		
TROUBLES RÉNAUX?			ÉTÉS-VOUS ATTEINT DU SIDA?		
ARTHRITE			MALADIES VÉNÉRIENNES (MTS)?		
DIABÈTE? <input type="checkbox"/> TYPE 1 <input type="checkbox"/> TYPE 2			PRENEZ-VOUS DES CONTRACEPTIFS ORAUX?		
TROUBLES THYROIDIENS?			ÉTÉS-VOUS ENCEINTE? / ALLAITEZ-VOUS PRÉSENTEMENT?		
ÉPILEPSIE?			AVEZ-VOUS D'AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ?		
TROUBLES NERVEUX?					
MAUX DE TÊTE FRÉQUENTS?					
ÉTOURDISSEMENT - ÉVANOUISSEMENT?					

PRÉNOM

NOM

HISTORIQUE DENTAIRE

DERNIÈRE VISITE DENTAIRE 0-6 MOIS 6-12 MOIS 12 MOIS +

RAISON(S) DE LA VISITE? _____

TRAITEMENT(S) REÇU(S)? _____

COMBIEN DE FOIS PAR JOUR VOUS Brossez-vous les dents? _____

À QUELLE FRÉQUENCE UTILISEZ-VOUS LA SOIE DENTAIRE? _____

	O	N		O	N
EST-CE QUE VOTRE SOURIRE VOUS PLAÎT? POURQUOI? _____			AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN TRAITEMENT D'ORTHODONTIE?		
AIMEZ-VOUS LA COULEUR, LA FORME, LA GROSSEUR VOS DENTS? POURQUOI? _____			AVEZ-VOUS UNE PROTHÈSE COMPLÈTE ET/OU PARTIELLE?		
SOUFFREZ-VOUS DE DOULEUR AUX DENTS?			AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UNE RADIOGRAPHIE DENTAIRE? QUAND? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A		
VOS GENCIVES SAIGNENT-ELLES EN VOUS BROSSANT LES DENTS?			ÊTES-VOUS CRAINTIF (VE) FACE AUX TRAITEMENTS DENTAIRES? SI OUI <input type="checkbox"/> UN PEU <input type="checkbox"/> MOYEN <input type="checkbox"/> BEAUCOUP		
RESSENTEZ-VOUS DE LA DOULEUR AUX DENTS EN MASTIQUANT?			Y A-T-IL DES RAISONS QUI VOUS ONT EMPÊCHÉ DE RECEVOIR DES TRAITEMENTS DENTAIRES? SI OUI <input type="checkbox"/> PEUR DE LA DOULEUR <input type="checkbox"/> MANQUE D'INTÉRÊT <input type="checkbox"/> DISPONIBILITÉ <input type="checkbox"/> COÛT DES TRAITEMENTS		
CROYEZ-VOUS AVOIR MAUVAISE HALEINE? <input type="checkbox"/> INCERTAIN			SOUHAITEZ-VOUS DISCUTER DE VOTRE SANTÉ EN PRIVÉ AVEC VOTRE DENTISTE?		
AVEZ-VOUS DES IMPLANTS DENTAIRE? SI OUI, QUI A FAIT LA CHIRURGIE?			AIMERIEZ-VOUS PRENDRE UN MÉDICAMENT POUR DIMINUER L'ANXIÉTÉ DURANT UN TRAITEMENT?		
AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN TRAITEMENT DES GENCIVES?					

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES AUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES _____

AFIN D'ÉVITER DES COMPLICATIONS DUES À UN CHANGEMENT DANS VOTRE ÉTAT DE SANTÉ,
IL EST IMPORTANT DE NOUS EN INFORMER IMMÉDIATEMENT

CONSENTEMENT

JE, SOUSSIGNÉ(É), CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET DENTAIRE DONNÉS SONT VÉRIDIQUES ET COMPLETS ET JE N'AI PAS CONSCIEMMENT OMIS DES RENSEIGNEMENTS. JE CONSENS AUSSI QUE MON MÉDECIN ET / OU MON PHARMACIEN SOIT CONTACTÉ SI NÉCESSAIRE CAR CES RENSEIGNEMENTS PEUVENT ÊTRE NÉCESSAIRES POUR MES SOINS DENTAIRE. JE M'ENGAGE PAR LA PRÉSENTE À VOUS AVISER DE TOUT CHANGEMENT DE MON ÉTAT DE SANTÉ.

J'AUTORISE MON INSCRIPTION SUR LA LISTE DE RAPPEL DES DENTISTES TRAITANTS.

J'AUTORISE LA CLINIQUE DENTAIRE JEAN BERNARD D'AFFICHER LA PHOTO DE MON ENFANT SUR LE « MUR DES CÉLÉBRITÉS », AINSI QUE SUR NOTRE SITE WEB LORSQU'IL EST LE GAGNANT DU MOIS.

J'AUTORISE LA CLINIQUE DENTAIRE JEAN BERNARD À COMMUNIQUER AVEC MOI PAR COURRIEL.

LA POLITIQUE DE RENDEZ-VOUS, EST D'AVISER PAR TÉLÉPHONE DURANT LES HEURES D'OUVERTURE DE TOUT CHANGEMENT CONCERNANT VOTRE RENDEZ-VOUS ET CELA UN MINIMUM DE 24 HEURES À L'AVANCE. DANS LE CAS ÉCHÉANT, DES FRAIS POURRONT ÊTRE FACTURÉS.

SIGNATURE DU PATIENT (PARENT OU TUTEUR)

DATE

J J M M A A