



**Antécédents médicaux**

- 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?  Oui  Non
- 2. Êtes-vous suivi par un médecin ?  Oui  Non
- 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?  Oui  Non
- 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?  Oui  Non
- 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?  Oui  Non
- 6. Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non
- 7. Allaitiez-vous ?  Oui  Non
- 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?  Oui  Non
- 9. Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non
- 10. Prenez-vous des anovulants  ou hormones  ?  Oui  Non

**Raison, détails et date**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Spécifiez** \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois**

Médicament et raison	Médicament et raison

**Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées**

- |  | Oui                      | Non                      |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Problèmes sanguins</b>  |                          |                          | <b>Maladies de peau</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (hémophilie, anémie, saignements prolongés) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Problèmes oculaires (yeux)</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Conditions cardiaques</b>   |                          |                          | <b>Maux d'oreilles</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarctus, angine, chirurgie, etc. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Arthrite</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection du cœur (endocardite) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Ostéoporose</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Tension artérielle (pression)</b> haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Injection annuelle ou mensuelle .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Étourdissements, évanouissements</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Douleur chronique</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Maux de tête fréquents</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Épilepsie</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Douleur à l'articulation de la mâchoire</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Troubles ou maladies du système nerveux</b> .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Troubles ou maladies psychiatriques</b> .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Troubles ou maladies du système digestif</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Rhumes fréquents ou sinusite</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Précisez _____   |                          |                          | <b>Tuberculose ou problèmes pulmonaires</b> .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Troubles d'estomac</b> ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Asthme</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Troubles du rein</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Rhume des foins/allergies saisonnières</b> .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Diabète</b> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Allergie ou manifestation à ces produits :</b>                                      |                          |                          |
| <b>Troubles thyroïdiens</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> Sulfamidés <input type="checkbox"/>                     |                          |                          |
| <b>Cancer (tumeur) Précisez</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pénicilline <input type="checkbox"/> Anesthésiques <input type="checkbox"/>            |                          |                          |
| Radiothérapie .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/>        |                          |                          |
| Chimiothérapie .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codéine <input type="checkbox"/> Produits contenant de l'iode <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <b>Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?</b> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirine <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/>              |                          |                          |
| <b>Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)</b> .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Autres conditions médicales à mentionner :</b> _____                                |                          |                          |
| Précisez _____   |                          |                          | _____  |                          |                          |

**Autres aspects**

- Ronflez-vous ?  Oui  Non
- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?  Oui  Non
- Fumez-vous ? \_\_\_\_ cig./jour ou ex-fumeur   Oui  Non
- Consommez-vous de l'alcool ?  Oui  Non
- Fréquence : \_\_\_\_ verres  /jour  /sem.  /mois
- Consommez-vous des drogues ?  Oui  Non
- Prenez-vous de la méthadone ?  Oui  Non

**Réservé au dentiste pour notes particulières**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_