

Coordonnées du patient

Prénom* Nom de famille*

Date de naissance* No. ass maladie Exp /

Sexe*

- Homme
 Femme

Adresse*

Ville* Province* Code postal*

Téléphone de domicile Téléphone cellulaire

Téléphone professionnel

Adresse électronique*

Raison de la visite

Comment souhaitez-vous recevoir des rappels de rendez-vous?*

- Courriel
 Message texte

Vous avez été référé par:*

- Patient/Employé:
 En passant / IGA
 Internet/Google
 Facebook/Spotted
 Journal
 Autre

Avez-vous moins de 18 ans?*

- Oui
 Non

Nom du parent ou tuteur

En cas d'urgence, contacter :* Téléphone*

Lien avec le patient:

Historique Médicale

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?*

- Oui
 Non

Raison(s)?.....

Nom médecin et numéro de téléphone :.....

Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?*

- Oui
 Non

Acceptez-vous qu'on accède à votre liste de médicaments pour nos dossiers ?

- Oui
 Non

Nom de la pharmacie:.....

Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?*

- Oui
 Non

Spécifiez

Prenez-vous des hormones?*

- Oui
 Non

Spécifiez

[Femmes uniquement]

Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?

- Oui
 Non

Êtes-vous enceinte?

- Oui
 Non

Allaitez-vous?

- Oui
 Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> CI Jaunisse |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Hépatite C |
| <input type="checkbox"/> Souffle au coeur | <input type="checkbox"/> Ulcère de L'estomac |
| <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine avec effort | <input type="checkbox"/> Troubles du rein |
| <input type="checkbox"/> Infection du coeur (endocardite) | <input type="checkbox"/> Infections transmissibles sexuellement (ITS) |
| <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> Troubles thyroïdiens |
| <input type="checkbox"/> Saignement anormal ou hémorragie lors d'une chirurgie | <input type="checkbox"/> Accident cérébro-vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Problèmes oculaires (yeux) |
| <input type="checkbox"/> Sang clair | <input type="checkbox"/> Douleur chronique |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Perte de connaissance soudaine | <input type="checkbox"/> Maladies psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Étourdissements, évanouissements |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Rhume des foins |

- Tension artérielle (pression) haute ou basse:
- Infarctus
- Problèmes valvulaires
- Maladie cardiaque congénitale
- Insuffisance coronarienne
- Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule
- Rhumes fréquents ou sinusite
- Bronchite chronique
- Emphysème
- Sinusite
- Hépatite B
- Troubles digestifs
- Problèmes du foie (hépatite: virus A)

- Urinez-vous souvent
- Diabète
- Maladies de la peau
- Prise de bisphosphonates
- Arthrite
- Ostéoporose
- Troubles nerveux
- Maux de tête fréquents
- Maux d'oreilles
- Asthme
- Aucune de ces réponses
- Autre.....

Fumez-vous?*

- Oui
- Non

Combien par jour

.....

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie(tumeur)?*

- Oui
- Non

Êtes-vous atteint du sida?*

- Oui
- Non

Êtes-vous séropositif?*

- Oui
- Non

Avez-vous des prothèses articulaires?*

- Oui
- Non

Ronflez-vous ou vous en a-t-on déjà fait part?*

- Oui
- Non

Souffrez-vous d'apnée du sommeil?*

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants:*

- Latex
- Iode
- Sulfamides
- Codéine
- Anesthésie locale

- Aliments
- Aspirine
- Pénicilline
- Autres antibiotiques
- Autres (spécifiez).....

Consommez-vous des drogues?*

- Oui
- Non

Prenez-vous de la méthadone?

- Oui
- Non

Consommez-vous de l'alcool?*

- Oui
- Non

Fréquence (verre/ jour/semaine ou mois)

.....

Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?*

- Oui
 Non

Lesquelles et quand ?

Craignez-vous les traitements dentaires?*

- Un peu
 Beaucoup
 Pas du tout

Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?*

- Oui
 Non

Assurance, Accord et Signature

Êtes-vous prestataire du programme d'aide sociale?*

- Oui
 Non

Avez-vous une assurance dentaire ?* (Il est de votre responsabilité de communiquer avec votre assureur.)

- Oui
 Non

Compagnie d'assurance :

Nom du titulaire :

Date de naissance du titulaire :

Numéro de police ou contrat :

Numéro de certificat ou identification :

Approbation générale

- J'autorise les professionnels traitant à poser un diagnostic et les traitements nécessaires pour de bons soins dentaires.
- J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel de ces dentistes.
- Nous demandons une confirmation de rv 48h d'avance sans quoi nous nous réservons le droit d'annuler votre rv.
- Je comprends que si jamais je devais annuler ou reporter un rendez-vous avec un professionnel de la Clinique Poirier, je devrai le faire dans un délai raisonnable de **48 heures et plus**.
- Par conséquent, je suis conscient que Dr Poirier ainsi que les membres de son équipe sont en droit de fermer mon dossier dans le cas d'un non respect, de la part des rendez-vous fixés.
- Puisque cela démontre d'un manque de collaboration de ma part envers Dr. Poirier et son équipe de professionnels.
- En signant cette présente déclaration, je m'engage envers Dr Poirier et son équipe dans le respect des rendez-vous.

Exactitude et intégralité*

Ce formulaire est exact et complet au meilleur de ma connaissance.

Mises à jour futures*

Avant tout rendez-vous futur, je vous informerai de toute modification des informations que j'ai fournies dans ce formulaire, y compris les modifications de mon état de santé et de mes traitements. Je comprends que les prestataires de soins s'appuient sur ces informations pour fournir des soins sécurisés et appropriés.

Signature du patient :*

Date d'aujourd'hui*

Signature du dentiste:*

Date d'aujourd'hui*