

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient		Âge	
Nom du médecin traitant			
Examen médical le plus récent		Raison	
Comment percevez-vous votre état de santé général ? Excellent Bon Passable Médiocre			
AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :			
1. hospitalisation en raison de maladie ou de blessure	OUI NON	25. ostéoporose / ostéopénie (par exemple prise de biphosphonates)	OUI NON
2. une réaction allergique à :		26. arthrite	OUI NON
aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine	OUI NON	27. glaucome	OUI NON
pénicilline	OUI NON	28. verres de contact	OUI NON
érythromycine	OUI NON	29. blessures du cou ou de la tête	OUI NON
tétracycline	OUI NON	30. épilepsie, convulsions	OUI NON
sulfamide	OUI NON	31. problèmes neurologiques (trouble de l'attention)	OUI NON
anesthésique local	OUI NON	32. infections virales et boutons de fièvre	OUI NON
fluorure	OUI NON	33. grosseurs ou enflures de la bouche	OUI NON
métaux (nickel, or, argent)	OUI NON	34. urticaire, éruption cutanée, rhume de foins	OUI NON
latex	OUI NON	35. maladie transmissible sexuellement	OUI NON
autre	OUI NON	36. hépatite (type :)	OUI NON
3. problèmes cardiaques, ou endoprothèse coronaire ces six derniers mois	OUI NON	37. VIH / SIDA	OUI NON
4. antécédents d'endocardite infectieuse	OUI NON	38. tumeur, grosseur anormale	OUI NON
5. valvule cardiaque artificielle, anomalie cardiaque réparée	OUI NON	39. radiothérapie	OUI NON
6. Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable	OUI NON	40. chimiothérapie	OUI NON
7. prothèse artificielle (valvule cardiaque ou articulations)	OUI NON	41. problèmes affectifs	OUI NON
8. scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu	OUI NON	42. traitement psychiatrique	OUI NON
9. hypertension ou hypotension	OUI NON	43. médicament antidépresseur	OUI NON
10. accident vasculaire cérébral (prise d'anticoagulants)	OUI NON	44. dépendance à l'alcool et aux drogues	OUI NON
11. anémie ou autre trouble sanguin	OUI NON		

12. saignements prolongés suite à une petite coupure (INR>3,5)	OUI NON	ETES-VOUS :	
13. tuberculose	OUI NON	45. actuellement traité(e) pour une autre maladie	OUI NON
14. asthme	OUI NON	46. conscient d'un changement de votre état de santé	OUI NON
15. troubles respiratoires ou troubles du sommeil (ronflement, sinus, etc.)	OUI NON	47. sous médicament pour perdre du poids (fenphen)	OUI NON
16. maladie rénale	OUI NON	48. sous supplément diététique	OUI NON
17. maladie du foie	OUI NON	49. souvent fatigué(e) ou épuisé(e)	OUI NON
18. jaunisse	OUI NON	50. sujet(te) à des maux de tête fréquents	OUI NON
19. maladie de la thyroïde ou de la parathyroïde ou carence calcique	OUI NON	51. fumeur(euse) ou ancien fumeur(euse)	OUI NON
20. déficiences hormonales	OUI NON	52. considéré) susceptible	OUI NON
21. cholestérol élevé ou prise de statines	OUI NON	53. souvent malheureux(euse) ou déprimé(e)	OUI NON
22. diabète (HbA1c =)	OUI NON	54. FEMME - sous pilule contraceptive	OUI NON
23. ulcère duodéal ou à l'estomac	OUI NON	55. FEMME - enceinte	OUI NON
24. troubles digestifs (par exemple reflux gastrique)	OUI NON	56. HOMME - troubles de la prostate	OUI NON

DÉCRIVEZ LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ACTUELS, CHIRURGIES IMMINENTES, OU AUTRES TRAITEMENTS QUI PEUVENT AVOIR UN EFFET SUR VOTRE TRAITEMENT DENTAIRE

RÉPERTORIEZ TOUS LES MÉDICAMENTS, SUPPLÉMENTS ET VITAMINES PRIS CES DEUX DERNIÈRES ANNÉES

AVERTISSEZ-NOUS À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DE VOS ANTECEDENTS MEDICAUX OU DE TOUT MEDICAMENT QUE VOUS POUVEZ PRENDRE

Date / /

Signature du patient