

FORMULAIRE MÉDICAL

Les champs suivis d'un * sont obligatoires.

Nom *

Prénom *

Âge

Adresse *

Ville *

Code Postal

Téléphone Maison

Travail

GSM

Date de naissance *

Dentiste

Médecin de famille

Avez-vous un plan d'assurance dentaire ?

Histoire médicale

Veillez répondre aux questions suivantes :

En ce moment, avez-vous de l'inconfort ou de la douleur?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous nerveux à l'idée de recevoir des traitements chirurgicaux?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà une mauvaise expérience chez un dentiste?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous consulté un médecin depuis les 12 derniers mois?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des chirurgies?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies (c-à-d. démangeaisons, urticaire, enflure des pieds/mains/yeux/gorge) ou des réactions d'intolérance due à	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

la pénicilline, aspirine, codéine or tout autre médicament ou aliments?		
Avez-vous déjà eu un saignement excessif nécessitant un traitement spécial?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédants directs ou familiaux d'hyperthermie maligne?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Fumez-vous?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes?		
depuis combien d'années?		
Buvez-vous de l'alcool?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, combien de consommation par jour?		
Devez –vous vous arrêter à cause de douleurs à la poitrine ou d'essoufflements lorsque vous marchez ou montez des escaliers?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vos chevilles enflent-elles durant la journée?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Suivez-vous un régime ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Vous réveillez-vous la nuit à bout de souffle?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un cancer ou une tumeur?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Pour les femmes :		
Êtes-vous enceinte?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Utilisez-vous une contraception orale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement:

Médicament :	Dose	Fréquence/jour

Cochez toute maladie énoncée ci-dessous que vous avez subi dans le passé ou dont vous souffrez présentement :

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Ulcère gastrique	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	Maladie du foie	<input type="checkbox"/>
Infarctus du Myocarde	<input type="checkbox"/>	Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Maladie de la Thyroïde	<input type="checkbox"/>
Affection valvulaire	<input type="checkbox"/>	Hémorragies	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	Transfusion	<input type="checkbox"/>	Régime particulier	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>	Epilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	Traitement par rayons	<input type="checkbox"/>
Troubles circulatoires	<input type="checkbox"/>	Crise de tétanie	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	Corticothérapie	<input type="checkbox"/>

Pacemaker	<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	Sérologie HIV positive	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Pathologie ORL	<input type="checkbox"/>
Infection grave	<input type="checkbox"/>	Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	Anémie	<input type="checkbox"/>

Au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses précédentes sont vraies et correctes. Si ma condition médicale se modifie, j'en informerai mon chirurgien maxillo-facial lors de mon prochain rendez-vous.

Date *