

Centre Dentaire Rafik Boulos

Nom	Prénom	Langue	Sexe	Âge
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Français: _____ Anglais: _____	M / F	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de Naissance (AAAA-MM-JJ)	No d'Assurance Maladie	Assurances dentaires		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Téléphone Domicile	Téléphone Cellulaire	Téléphone Travail		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adresse	Apt. #	Code Postal	Ville	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Courriel, S.V.P. ÉCRIRE EN MAJUSCULES	Responsable, S.V.P. ÉCRIRE LE NOM			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	Père / Mère / Tuteur / Autre Nom: _____ Téléphone : _____			
Occupation	Référé par (famille, ami/collègue, publicité, internet,...) S.V.P. PRÉCISEZ			
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

HISTORIQUE MÉDICAL

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:

	OUI	NON
Troubles cardiaques		
Tension artérielle (Haute / Basse)		
Troubles du rein		
Anémie		
Saignements prolongés		
Troubles thyroïdiens		
Diabète		
Epilepsie		
Arthrite		
Maux d'oreilles		
Maux de tête fréquents		
Troubles nerveux		
Étourdissements / Evanouissements		
Troubles digestifs		
Ulcères à l'estomac		
Problème du foi (Hépatites A, B, C)		
Maladie vénériennes (MTS)		
Tuberculose ou prob. Pulmonaires		
Rhume des foins		
Rhumes fréquents ou sinusites		
Asthme		
Faites-vous de l'apnée du sommeil?		
Etes-vous séro-positif au VIH ?		
Avez-vous des prothèses articulaires (genoux,..)?		

	OUI	NON
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie ?		
Fumez-vous ou Si oui, à quelle fréquence et depuis quand?		
Êtes-vous enceinte ?		
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Nom : Dr _____ Téléphone: _____		
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? Si oui, quand? Et pourquoi?		
Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? Si oui, lesquels :		
Avez-vous déjà fait une réaction allergique aux produits suivants :	<ul style="list-style-type: none"> - Aliments - Pénicilline - Aspirine - Iode - Sulfamides - Codeïne - Anesthésie locale 	

NOTES

Je soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Signature du Patient	Signature du Dentiste	Date
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>