DENTISTRY @ ROCKLAND

Antécédents médicaux

2768 rue Laurier
Rockland, ON, K4K 1A2
Téléphone: (613)446.0009
info@dentistryatrockland.ca •dentistryatrockland.ca

Nom du Patient	**Alerte Médicale** *(pour office seulement)*

Adresse _____ Ville _____ Code Postal _____

Téléphone (m)_____ (c)_____ Sexe: M ☐ F ☐ Âge _____ Date de naissance _____/_____/_____
Mois jour année

Patient (Adulte)

Occupation _____

Employeur _____

Téléphone(t) _____

Courriel _____

Statut familial : Marié ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé ☐

Assurance dentaire Oui ☐ Non ☐ _____

Patient (Enfant)

Nom de la Mère_____

Employeur _____ Téléphone (t) _____

Nom du Père _____

Employeur _____ Téléphone (t) _____

Personne responsable du compte _____

#Carte Santé_____

Comment avez-vous entendu parler de nous? Cabinet Dentaire ☐ / En passant ☐ / Employé ☐ / Famille ou amis ☐ / Internet ☐ / Journal ☐
Autre ☐ Nom de la personne ou autre source de référence : _____

1. **Avez-vous été pris en charge par un médecin au cours des deux dernières années?** Oui ☐ Non ☐
   Si oui, pourquoi? _____
   Nom du médecin : _____ Téléphone : _____
2. **Avez-vous pris des médicaments ou des drogues au cours des deux dernières années?** Oui ☐ Non ☐
3. **Prenez-vous des médicaments, drogues ou des pilules présentement?** Oui ☐ Non ☐
   Si oui, veuillez indiquer le nom et la posologie : _____
4. **Avez-vous connaissance d'une réaction allergique (ou indésirable) à un médicament ou à une substance?** Oui ☐ Non ☐
   Si oui, veuillez lister : _____
5. **Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années?** Oui ☐ Non ☐
6. **Veuillez Indiquez si l'une des conditions suivantes s'applique à vous :**

☐ Accident vasculaire cérébral (AVC)	☐ Douleur de poitrine	☐ Hypertension artérielle	☐ Soins psychiatriques / psychologiques
☐ A.I.D.S.	☐ Drépanocytose	☐ Jaunisse	☐ Souffle au cœur
☐ Allergies ou urticaire	☐ Ecchymose	☐ Maladie cardiaque congénitale	☐ Stimulateur cardiaque
☐ Arthrite	☐ Emphysème	☐ Maladie du foie	☐ Toux chronique
☐ Articulations artificielles	☐ Épilepsie	☐ Maladie vénérienne	☐ Traitement de radiation
☐ Asthmatique	☐ Est-ce que vous fumez?	☐ Nerveux / anxieux	☐ Transfusion de sang
☐ Chevilles gonflées	☐ Étourdissement/Évanouissement	☐ Plaies/boutons de fièvre	☐ Trouble de reins
☐ Chimiothérapie	☐ Fièvre des foins	☐ Problèmes de la thyroïde	☐ Troubles neurologiques
☐ Cœur (Chirurgie, Maladie, Attaque)	☐ Glaucome	☐ Problème de sinus	☐ Tuberculose
☐ Cortisone	☐ Hémophilie	☐ Prolapsus de la valve mitrale	☐ Tumeurs
☐ Diabète	☐ Hépatite	☐ Rhumatisme articulaire	☐ Valve cardiaque artificielle
☐ Diète (spécial / restreint)	☐ H.I.V. Positive	☐ Sensibilité au latex	☐ Ulcères d'estomac

7. **Avez-vous ou avez-vous eu une maladie ou un problème non mentionné?** Oui ☐ Non ☐
   Si oui, veuillez lister : _____
8. **Pour femme seulement:** **Enceinte?** Oui ☐ Non ☐ **Mois** _____ **Allaiter?** Oui ☐ Non ☐ **Pilule contraceptive**: Oui ☐ Non ☐

Je comprends l'information ci-dessus est nécessaire pour me fournir des soins dentaires d'une manière efficace et sécuritaire. J'ai répondu à toutes les questions au meilleur de ma connaissance. Si vous avez besoin d'informations supplémentaires, vous pouvez demander au fournisseur de soins de santé représentatif ou à l'agence qui peut vous communiquer ces informations. J'informerai le médecin de tout changement dans ma santé ou mes médicaments.

Signature du Patient/Tuteur : _____ Date : _____/_____/_____
mois jour année