

Côté 'A' Dossier #: ..... Date:..... S'il vous plaît aussi compléter et signer de Côté 'B'

### Informations confidentielles

(Available in English)

**Si vous avez des questions ou avez de la difficulté à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à nous demander de l'aide**

Votre collaboration à compléter les deux côtés de ce questionnaire est essentielle pour nous aider à vous procurer des soins dentaires de qualité. Toutes les informations demeurent strictement confidentielles, **conformément à notre politique de confidentialité (la Forme de Consentement Patiente) a attaché**, et restent à cette clinique.

|   |  |
|---|--|
| <b>NOM:</b> (M. /Mme. /Dr.): .....<br><b>DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/AN):</b> ..... <b>SEXE:</b> Femme Homme<br><b>ADRESSE (RÉSIDENCE):</b> ..... <b>CODE POSTAL :</b> .....<br><b>ADRESSE (BUREAU)</b> .....<br><b>TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE):</b> ..... <b>TÉLÉPHONE (BUREAU):</b> .....<br><b>ADRESSE ÉLECTRONIQUE:</b> .....<br><b>OCCUPATION:</b> ..... <b>EMPLOYEUR:</b> .....<br>Comment préférez-vous que vos rendez-vous soient confirmés ?: Par internet Par Téléphone<br><b>Qui devons-nous remercier pour vous avoir référé à notre clinique?</b> ..... |  |
| <b>AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE DENTAIRE?</b><br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br><b>SI OUI SVP INDIQUEZ:</b><br><b>Nom de la compagnie d'assurance 1:</b> .....<br><b>Numéro de police 1:</b> .....<br><b>Nom de la compagnie d'assurance 2:</b> .....<br><b>Numéro de police 2:</b> .....  | <b>Qui est responsable du paiement ?</b> Moi-Même Mon garant<br><b>S.V.P., SPÉCIFIEZ VOTRE MÉTHODE DE PAIEMENT:</b><br><b>Comptant</b><br><b>VISA #</b> .....<br><b>M.C. #</b> .....<br><b>AMEX #</b> .....<br><b>DATE(S) D'EXPIRATION</b> ..... |

### HISTOIRE MÉDICALE

**Indiquez si vous souffrez ou avez déjà souffert d'une des conditions suivantes:**

**O: Oui N: Non I: Incertain**

| Condition  | O | N | I | Condition                            | O | N | I | Condition                             | O | N | I |
|--|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|---------------------------------------|---|---|---|
| S.I.D.A.   |   |   |   | Trauma tête / cou                    |   |   |   | Hyperthermie maligne                  |   |   |   |
| Anémie   |   |   |   | Arrêt cardiaque                      |   |   |   | Désordre mental/nerveux               |   |   |   |
| Angine cardiaque   |   |   |   | Murmure cardiaque                    |   |   |   | Valve prolapsus valve cardiaque       |   |   |   |
| Arthrite/Rhumatisme  |   |   |   | Stimulateur cardiaque                |   |   |   | Transplantation/implant d'organe      |   |   |   |
| Chirurgie cardiaque  |   |   |   | Arythmie cardiaque                   |   |   |   | Traitement psychiatrique              |   |   |   |
| Articulation artificielle :<br>genou, hanche   |   |   |   | Valve cardiaque<br>artificielle      |   |   |   | Radiothérapie / chimiothérapie        |   |   |   |
| Désordres sanguins   |   |   |   | Hépatite A                           |   |   |   | Fièvre rhumatismale (scarlatine)      |   |   |   |
| Bronchite / Asthme   |   |   |   | Hépatite B                           |   |   |   | Anémie pernicieuse                    |   |   |   |
| Cancer   |   |   |   | Hépatite C                           |   |   |   | Problèmes de sinus, sinusite          |   |   |   |
| Infarctus  |   |   |   | Herpès                               |   |   |   | Problèmes estomac / intestinaux       |   |   |   |
| Perte de conscience,<br>étourdissement, faiblesse  |   |   |   | Pression sanguine :<br>Haute / Basse |   |   |   | Lésion cardiaque congénitale          |   |   |   |
| Diabète  |   |   |   | Maladie d'Hodgkin                    |   |   |   | Maladie thyroïde                      |   |   |   |
| Emphysème  |   |   |   | Hyper (Hypo) Glycémie                |   |   |   | Tuberculose                           |   |   |   |
| Cortisone/stéroïdes  |   |   |   | Hypertension                         |   |   |   | Ulcère                                |   |   |   |
| Désordres hormonaux  |   |   |   | Jaunisse                             |   |   |   | <b>Allergies:</b> Pénicilline         |   |   |   |
| Glaucome   |   |   |   | Maladie rénale                       |   |   |   | Codéine                               |   |   |   |
| Épilepsie  |   |   |   | Maladie du foie                      |   |   |   | Latex / caoutchouc                    |   |   |   |
| Pneumonie  |   |   |   | Maladie pulmonaire                   |   |   |   | Autres: Spécifiez :<br>.....<br>..... |   |   |   |
| Avez-vous été hospitalisés ou mis sous observation médicale pour une raison quelconque depuis les 2 dernières années?  |   |   |   |                                      |   |   |   |                                       |   |   |   |
| Avez-vous une dépendance à l'alcool ou aux drogues?  |   |   |   |                                      |   |   |   |                                       |   |   |   |
| Avez-vous déjà été informés par votre médecin que vous deviez prendre un antibiotique avant vos traitements dentaires? |   |   |   |                                      |   |   |   |                                       |   |   |   |
| Avez-vous déjà eu une réaction anormale à une médication?  |   |   |   |                                      |   |   |   |                                       |   |   |   |

Côté 'B' Nom de patient: \_\_\_\_\_,

## Questionnaire médical (suite)

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| <b>Femme seulement:</b> Êtes-vous ou suspectez-vous d'être enceinte? | OUI | NON |
| Si oui, quelle est la date d'accouchement prévue? .....              |     |     |
| Prenez-vous des anovulants?  | OUI | NON |

|  |          |           |           |              |  |
|--|----------|-----------|-----------|--------------|--|
| Est-ce que votre enfant a souffert récemment d'une des conditions suivantes ? Si oui S.V.P. encerclez et indiquez la date approximative. |          |           |           |              |  |
| Amygdalites  | Rougeole | Varicelle | Oreillons | Mal de gorge |  |
| Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu dans le passé une maladie ou une condition médicale non listée ci-dessus?.....               |          |           |           |              |  |
| Voulez-vous discuter en privé avec le dentiste au sujet de votre condition médicale ou de tout autre problème ?.....                     |          |           |           |              |  |
| Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui lesquels ?.....  |          |           |           |              |  |
| .....  |          |           |           |              |  |
| .....  |          |           |           |              |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>EN CAS D'URGENCE, qui devons-nous aviser (nom, téléphone , relation) ?:</b> ..... |  |
| .....  |  |
| <b>Nom &amp; téléphone du médecin traitant:</b> .....                                | <b>Date du dernier examen médical:</b> ..... |

**Il est impératif que tout changement médical nous soit rapporté dans les plus brefs délais.**

## Histoire dentaire

AVEZ-VOUS ÉTÉ SUIVI RÉGULIÈREMENT PAR UN DENTISTE ? SI OUI, S.V.P. INDIQUEZ:

DATE DE LA DERNIÈRE VISITE : ..... RAISON DE CETTE VISITE : .....

NOM DU DENTISTE:.....

**O: Oui N: Non**

| Condition  | O | N | Condition   | O | N |
|--|---|---|---|---|---|
| Avez-vous la bouche sèche?                       |   |   | Êtes-vous nerveux durant des traitements dentaires ?      |   |   |
| Voulez-vous garder vos dents naturelles ?        |   |   | Avez-vous déjà réagi à une anesthésie locale ou générale? |   |   |
| Est-ce que vous fumez ou mâchez du tabac?        |   |   | Voulez-vous améliorer l'apparence de vos dents?           |   |   |
| Vos gencives sont-elles douloureuses ou enflées? |   |   | Êtes-vous intéressé par le blanchiment dentaire?          |   |   |

**Décrivez dans vos mots ce que vous aimeriez faire en ce qui concerne vos dents.**

.....  
.....

**S.V.P., Indiquez parmi les conditions suivantes, celle(s) que vous ressentez présentement:**

|                 |               |                                |                             |
|-----------------|---------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Dent qui bouge  | Mal au cou    | Saignement des gencives        | Bruits à l'articulation ATM |
| Dent sensible   | Maux de tête  | Saignement de nez imprévisible | Dent manquante ou croche    |
| Réflexe nauséux | Mal d'oreille | Insatisfaction des dentiers    | Bosse ou enflure buccale    |

### Politique de la clinique:

**Votre temps de rendez -vous est réservé spécialement pour vous. Si vous ne pouvez vous présenter à votre rendez-vous, nous vous demandons de nous avertir au moins 48 heures à l'avance sans quoi des frais d'annulation pourraient vous être chargés pour compenser le temps perdu.**

**Tous les services dentaires reçus doivent être payés le jour même. Toutefois dans certaines circonstances, des arrangements par rapport au paiement peuvent être faits en consultant le dentiste.**

### Décharge du patient

Je, soussigné, certifie que j'ai fourni une histoire dentaire et médicale complète et récente. Je n'ai omis aucune information et j'ai répondu au meilleur de mes connaissances au questionnaire médical et dentaire. J'ai eu l'opportunité de poser des questions et d'être répondu à mes questions concernant mon histoire dentaire ou médicale. J'autorise le dentiste à effectuer les traitements dentaires qui ont été convenus nécessaires ou recommandés pour ma propre santé dentaire. **Je confirme que j'ai lu, compris et acceptez du contenu entier du < le Document de Consentement Patient > a attaché à cette forme.** J'accepte la responsabilité des paiements pour les services dentaires effectués pour moi -même ou mes dépendants et j'assume la responsabilité des frais associés à ces services.

SIGNATURE DU PATIENT/PARENT/TUTEUR: ..... DATE.....

SIGNATURE DU DENTISTE: ..... DATE: .....

**Bienvenue à notre clinique, et merci pour vos références**

**Cliniques dentaires Apple's Dental Clinics**