



<b>Nom, Prenom</b>	<b>Alerte médicale (à l'usage interne seulement)</b>
--------------------	--

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) \_\_\_\_\_ (cellulaire) \_\_\_\_\_ Sexe M  F  Age \_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mois jour année

### Enfant

Téléphone (trav.) \_\_\_\_\_ Nom de la mère \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse électronique \_\_\_\_\_ Nom du père \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Responsable financier \_\_\_\_\_

Assurance dentaire Non  Oui  \_\_\_\_\_

Référé(e) par Ami(e)  Nom \_\_\_\_\_ Journal

Dépliant  Internet  Site web \_\_\_\_\_ Autre  \_\_\_\_\_

**1. Avez-vous été sous les soins d'un medecin durant les deux dernières années?** Oui  Non

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

Nom du medecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**2. Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?** Oui  Non

**3. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux médicaments ou autres produits?** Oui  Non

si oui, lesquels \_\_\_\_\_

**4. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales?** Oui  Non

Si oui, lesquelles et quand \_\_\_\_\_

### 5. Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ulcère de l'estomac	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problèmes du foie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Angine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Jaunisse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque congenitale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Thyroidiens	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladies transmises sexuellement (MTS)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Soufle cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Séropositif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pression arterielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Problèmes pulmonaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	H.I.V. Positive	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Valve artificielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hèrpes labial/ bouton de fièvre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prolapse de valve mitrale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hemophilie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Saignements prolongés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Arthrite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Troubles nerveux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sinusite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Radiothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Étourdissements, évanouissements	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prothèses articulaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maux de tete fréquents	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles du rein	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tumeur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fumez-vous?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sensibilité au latex	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hépatite - virus A,B,C	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

**6. Avez-vous des autres problèmes qui ont pas été mentionnés?** Oui  Non

Si oui, lesquels \_\_\_\_\_

**7. Femmes** Etes-vous enceinte? Oui \_\_\_\_ mois Non  **Alaitiez-vous?** Oui  Non  **Prenez-vous des anovulants?** Oui  Non

**(pilule anticonceptionnelle)**

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la presente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
mois jour année