

Veuillez remplir toutes les sections. Si vous ne savez pas, cochez « Je ne sais pas ».

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Civilité _____	Prénom _____
Nom de famille _____	No de carte santé _____
Courriel _____	Date de naissance _____
Profession _____	Employeur _____
Adresse _____	Référé(e) par _____
Code postal _____	Téléphone domicile _____
Téléphone travail _____	Cellulaire _____
Contact d'urgence _____	Téléphone d'urgence _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Êtes-vous actuellement traité(e) pour un problème médical ou l'avez-vous été au cours de la dernière année? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Quand avez-vous passé votre dernier examen médical? _____

Votre état de santé général a-t-il changé au cours de la dernière année? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Prenez-vous des médicaments, des produits en vente libre ou des suppléments à base de plantes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Avez-vous des allergies? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Médicaments _____

Latex / produits en caoutchouc _____

Autres allergies _____

Avez-vous déjà eu une réaction inhabituelle ou indésirable à un médicament ou à une injection? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Avez-vous ou avez-vous déjà eu de l'asthme? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème cardiaque ou de tension artérielle? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu un remplacement ou une réparation d'une valve cardiaque, une endocardite infectieuse, une cardiopathie congénitale ou une transplantation cardiaque? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu une hépatite, une jaunisse ou une maladie du foie? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Quel type d'hépatite? _____

Avez-vous une articulation prothétique ou artificielle? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Avez-vous un problème ou un trouble de saignement? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une maladie ou une opération? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Avez-vous une maladie ou recevez-vous un traitement pouvant affecter votre système immunitaire (p. ex. leucémie, SIDA, VIH, radiothérapie, chimiothérapie)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

AFFECTIONS ET ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'une des affections suivantes? Cochez tout ce qui s'applique.

☐ SIDA	☐ Alzheimer	☐ Angine
☐ Anémie	☐ Arthrite	☐ Transfusion sanguine
☐ Cancer	☐ Douleur thoracique	☐ Herpès labial
☐ Diabète type 1	☐ Diabète type 2	☐ Troubles digestifs / reflux
☐ Dépendance drogues / alcool	☐ Emphysème	☐ Épilepsie / convulsions
☐ Fibromyalgie	☐ Blessure tête / cou	☐ Crise cardiaque
☐ Souffle cardiaque	☐ Hypertension / hypotension	☐ VIH
☐ Hodgkin	☐ Hypo-/hyperglycémie	☐ Maladie rénale
☐ Maladie pulmonaire	☐ Lupus	☐ Migraine
☐ Prolapsus mitral	☐ Médicaments contre l'ostéoporose	☐ Stimulateur cardiaque
☐ Parkinson	☐ Radiothérapie / chimiothérapie	☐ Rhumatisme articulaire aigu
☐ Infection transmissible sexuellement	☐ Essoufflement	☐ Apnée du sommeil
☐ Corticothérapie	☐ Ulcères d'estomac	☐ AVC
☐ Muguet	☐ Trouble thyroïdien	☐ Trouble de l'ATM
☐ Tuberculose		

Avez-vous ou avez-vous déjà eu une maladie ou une affection qui ne figure pas ci-dessus? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

Y a-t-il des maladies ou problèmes médicaux dans votre famille (p. ex. diabète, cancer ou maladie cardiaque)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser / énumérer : _____

HABITUDES DE VIE ET SOINS DENTAIRES

Fumez-vous ou utilisez-vous du tabac à mâcher? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

À quelle fréquence utilisez-vous du tabac et depuis combien de temps? _____

Êtes-vous nerveux/se pendant les traitements dentaires? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Êtes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Consommez-vous de l'alcool? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool? _____

Dentiste _____ Téléphone _____

Adresse _____

CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Avis de confidentialité (LPRPS / PHIPA)

La Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario (LPRPS/PHIPA) autorise la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé conformément à la loi. Nous utilisons vos renseignements pour fournir des soins, obtenir le paiement, soutenir les activités permises du système de santé et respecter les exigences légales ou réglementaires. Sauf indication contraire de votre part, les renseignements pertinents peuvent être communiqués aux professionnels participant à vos soins lorsque la loi le permet. Parlez à notre équipe pour toute question ou restriction souhaitée.

Signature du patient / tuteur _____ Date _____