

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

.....

.....

**EN CAS D'URGENCE, qui devons-nous aviser (nom, téléphone, relation) ?:** .....

.....

**Nom & téléphone du médecin traitant:** ..... **Date du dernier examen médical:** .....

**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 accepté 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**