



98 Boul Lafèche
Casselman ON K0A1M0
613 764 6600 (T)
613 764 5500 (F)
info@dentisterieatcasselman.ca

INFORMATION PATIENT-STP ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉES

Stp prendre un moment pour d'inscrire votre information afin d'assurer un service de qualité

Nom du Patient: _____

Homme:____ Femme:_____

Statut Familiale: Marié:____ Célibataire:____ Enfant:____ Autre:_____

Date de Naissance:_____

Adresse courriel:_____

Téléphone:_____ (m) _____ (t)
_____ (c)

Adresse:_____

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:_____



98 Boul Lafèche
Casselman ON K0A1M0

613 764 6600 (T)

613 764 5500 (F)

info@dentisterieatcasselman.ca

Nom du Patient: _____

Histoire médicale et dentaire:

Stp prendre le temps de nous donner votre histoire médicale et dentaire afin que nous puissions vous servir de façon efficace en tenant compte de votre santé globale au complet.

Est-ce que vous vous considérez en bonne santé?

Oui_____ Non_____

Au courant de la dernière année, est-ce qu'il y a eu des changements à votre santé en général?

Oui_____ Non_____

Quelle est la date (approximative) de votre dernier examen médical? _____

Nom et adresse de votre médecin
familiale? _____

Svp inscrire un crochet afin de répondre OUI à la question:

____ Avez-vous déjà eu des complications suivant un traitement dentaire?

____ Etes-vous sous les soins d'un médecin concernant un problème particulier?

____ Avez-vous été hospitalisé au courant des 5 dernières années pour chirurgie et/ou maladie?

____ Est-ce que vous prenez des médicaments prescrits ou autre en ce moment?

____ Est-ce que vous faites usage de tabac (mastication ou fumé)? Fréquence: _____

____ Este-ce que vous avez des problèmes de visions? (contacts ou lunette)

____ Est-ce que vous avez une/des conditions médicales non mentionnées?

Si vous avez répondu dans l'affirmation à une ou plus des questions, stp
expliquer: _____

Pour femmes seulement: Etes-vous enceintes? Oui ___ Non ___ Date due:



98 Boul Lafèche
Casselman ON K0A1M0
613 764 6600 (T)
613 764 5500 (F)
info@dentisterieatcasselman.ca

Stp indiquer tout ce qui s'applique à vous:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pré-médication | <input type="checkbox"/> Voir notes | <input type="checkbox"/> Allergies-voir notes |
| <input type="checkbox"/> Allergies-Aspirine | <input type="checkbox"/> Allergie-Codéine | <input type="checkbox"/> Allergie-Iode |
| <input type="checkbox"/> Allergie-Latex | <input type="checkbox"/> Allergie-Pénicilline | <input type="checkbox"/> Allergie-Sulphé |
| <input type="checkbox"/> Allergie-Érythromicine | <input type="checkbox"/> Allergie-Anes Local | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Asmathique | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Contraceptif | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Échymose |
| <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Étourdissement |
| <input type="checkbox"/> Fièvre des foins | <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> Difficulté anés. Local | <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Basse pression |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme cranien | <input type="checkbox"/> Sourd | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Murmure au coeur | <input type="checkbox"/> Hépatite A-B-C | <input type="checkbox"/> HIV +(SIDA) |
| <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Maladie des reins | <input type="checkbox"/> Maladie du foi |
| <input type="checkbox"/> Fragilité Psychologique | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux |
| <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> Traitement radio | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme articulaire | <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus | <input type="checkbox"/> éruption cutanée |
| <input type="checkbox"/> Apné du sommeil | <input type="checkbox"/> MTS | <input type="checkbox"/> Problèmes d'estomac |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Glande thyroide | <input type="checkbox"/> ATM |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Tumeurs | <input type="checkbox"/> Ulcères |

Dentisterie @ Casselman

98 Boul Lafèche
Casselman ON K0A1M0
613 764 6600 (T)
613 764 5500 (F)
info@dentisterieatcasselman.ca

S'il y a une chose que vous pourriez changer à propos de votre sourire, ce serait quoi?

Quelle est la raison de votre visite aujourd'hui? _____

Quand était votre dernière visite chez le dentiste? _____

Quel traitement ont été fait lors de votre dernière visite? _____

Nom, numéro de téléphone et adresse de votre ancien dentiste?

A quelle fréquence vous brossez vos dents?

___ 3+/jour ___ 2/jour ___ 1/jour ___ 1/semaine ___ Rarement

A quelle fréquence vous utilisez a soie dentaire?

___ 1+/jour ___ 2-6/semaine ___ 1-6/mois ___ Rarement ___ Jamais

Stp indiquer un crocher dans l'affirmative:

___ Est-ce que vos gencives saignent quand vous brossez?

___ Est-ce que vos dents sont sensibles au chaud et/ou au froid?

___ Est-ce que une ou plusieurs dents vous causent de la douleur en ce moment?

___ Est-ce que vous grincez des dents? (consciement ou dans votre sommeil)

___ Est-ce que vous avez des dents lâches ou craignez que certaines le deviennent?

___ Est-ce que vous avez des implants dentaires, dentiers ou partiels?

Si vous avez répondu une ou plus dans l'affirmative, stp expliquer: _____

Signature du/de la patient-e: _____ Date: _____

Signature témoin: _____ Date: _____