

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient \_\_\_\_\_ Surnom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin et sa spécialité \_\_\_\_\_  
 Examen médical le plus récent \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_  
 Comment percevez-vous votre état de santé général?  Excellent  Bon  Passable  Médiocre

## AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU:

## OUI NON

1. hospitalisation en raison de maladie ou de blessure
2. Une réaction allergique à
  - aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine
  - pénicilline
  - érythromycine
  - tétracycline
  - sulfamide
  - anesthésique local
  - fluorure
  - métaux (nickel, or, argent, \_\_\_\_\_)
  - latex
  - autre \_\_\_\_\_
3. problèmes cardiaques, ou endoprothèse coronaire ces six derniers mois
4. antécédents d'endocardite infectieuse
5. valvule cardiaque artificielle, anomalie cardiaque réparée
6. stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable
7. prothèse artificielle (valvule cardiaque ou articulations)
8. scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu
9. hypertension ou hypotension
10. accident vasculaire cérébral (prise d'anticoagulants)
11. anémie ou autre trouble sanguin
12. saignements prolongés suite à une petite coupure (INR > 3,5)
13. emphysème, saccoïdose
14. tuberculose
15. asthme
16. troubles respiratoires ou troubles du sommeil (ronflement, sinus, etc.)
17. maladie rénale
18. maladie du foie
19. jaunisse
20. maladie de la thyroïde ou de la parathyroïde ou carence calcique
21. déficiences hormonales
22. cholestérol élevé ou prise de statines
23. diabète (HbA1c = \_\_\_\_\_)
24. ulcère duodénal ou à l'estomac
25. troubles digestifs (par exemple reflux gastrique)

## OUI NON

26. Ostéoporose/ostéopénie (par exemple prise de bisphosphonates)
27. arthrite
28. glaucome
29. verres de contact
30. blessures du cou ou de la tête
31. épilepsie, convulsions
32. problèmes neurologiques (trouble de l'attention)
33. infections virales et boutons de fièvre
34. grosseurs ou enflures dans la bouche
35. urticaire, éruption cutanée, rhume des foins
36. maladie transmissible sexuellement
37. hépatite (type \_\_\_\_\_)
38. VIH/SIDA
39. tumeur, grosseur anormale
40. radiothérapie
41. chimiothérapie
42. problèmes affectifs
43. traitement psychiatrique
44. médicament antidépresseur
45. dépendance à l'alcool et aux drogues

## ÊTES-VOUS :

46. actuellement traité(e) pour une autre maladie
47. conscient(e) d'un changement de votre état de santé
48. sous médicament pour perdre du poids (fen-phen)
49. sous supplément diététique
50. souvent fatigué(e) ou épuisé(e)
51. sujet(te) à des maux de tête fréquents
52. fumeur(euse) ou ancien fumeur (ancienne fumeuse)
53. considéré(e) susceptible
54. souvent malheureux(euse) ou déprimé(e)
55. FEMME – sous pilule contraceptive
56. FEMME - enceinte
57. HOMME – troubles de la prostate

Décrivez les traitements médicaux actuels, chirurgies imminentes, ou autres traitements qui peuvent avoir un effet sur votre traitement dentaire.

Répertoriez tous les médicaments, suppléments et vitamines pris ces deux dernières années

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de 6 médicaments

**AVERTISSEZ-NOUS À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DE VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU DE TOUT MÉDICAMENT QUE VOUS POUVEZ PRENDRE.**

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

