

# ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin/spécialité \_\_\_\_\_  
 Examen physique le plus récent \_\_\_\_\_ But \_\_\_\_\_  
 Quel est votre état de santé général, selon vous?  Excellent  Bon  Correct  Médiocre

## AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ EU:

OUI NON

OUI NON

- 1 une hospitalisation pour maladie ou blessure
- 2 une réaction allergique à
  - l'aspirine, l'ibuprofène, l'acétaminophène, la codéine
  - l'érythromycine
  - au sulfite
  - au fluorure
  - à des métaux (nickel, or, argent, \_\_\_\_\_)
  - autres \_\_\_\_\_
- 3 des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers mois
- 4 des antécédents d'endocardite infectieuse
- 5 une valvule artificielle, une anomalie cardiaque réparée (PFO)
- 6 un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable
- 7 un implant orthopédique (arthroplastie)
- 8 une fièvre rhumatismale ou la scarlatine
- 9 une pression sanguine trop basse ou trop élevée
- 10 un accident vasculaire cérébral (prescription d'anticoagulants)
- 11 une anémie ou autre maladie du sang
- 12 des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5)
- 13 un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose
- 14 la tuberculose, la rougeole, la varicelle
- 15 de l'asthme
- 16 des problèmes de respiration ou de sommeil (apnée du sommeil, ronflements, sinus)
- 17 une maladie rénale
- 18 une maladie du foie
- 19 jaunisse
- 20 une maladie de la thyroïde, parathyroïdienne ou une carence en calcium
- 21 une déficience hormonale
- 22 un taux de cholestérol élevé ou prise de statines
- 23 un diabète (HbA1c = \_\_\_\_\_)
- 24 un ulcère de l'estomac ou du duodénum
- 25 des troubles digestifs (reflux gastrique, maladie cœliaque)
- 26 une ostéoporose (prise de bisphosphonates)
- 27 de l'arthrite

- 28 une maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie)
- 29 un glaucome
- 30 des lentilles de contact
- 31 des blessures à la tête ou au cou
- 32 de l'épilepsie, des convulsions (crises d'épilepsie)
- 33 des troubles neurologiques (TDA/TDAH, maladies à prions)
- 34 des infections virales et de l'herpès labial
- 35 des ganglions dans la bouche
- 36 de l'urticaire, une éruption cutanée, le rhume des foins
- 37 maladie transmise sexuellement
- 38 une hépatite (type \_\_\_\_\_)
- 39 VIH/SIDA
- 40 une tumeur, une excroissance anormale
- 41 de la radiothérapie
- 42 de la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs
- 43 des difficultés émotionnelles
- 44 des traitements psychiatriques
- 45 des médicaments antidépresseurs
- 46 un problème d'alcool/de drogues

## VOUS ÊTES/AVEZ:

- 47 actuellement soigné pour une autre maladie
- 48 conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux ou diarrhée)
- 49 un traitement pour vous aider à gérer votre poids
- 50 des compléments alimentaires
- 51 souvent épuisé ou fatigué
- 52 des maux de tête fréquents
- 53 fumeur, vous avez déjà fumé ou vous utilisez du tabac sans fumée
- 54 considéré comme une personne sensible/susceptible
- 55 souvent malheureux ou déprimé
- 56 FEMME – un traitement contraceptif hormonal (pilule)
- 57 FEMME – enceinte
- 58 HOMME – des troubles de la prostate

Décrire tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent, retard de développement/génétique ou autres traitements pouvant affecter votre traitement dentaire (botox, injections de collagène, par exemple).

Liste de tous les médicaments, compléments et/ou vitamines pris au cours des deux dernières années.

| Médicament | But   | Médicament | But   |
|------------|-------|------------|-------|
| _____      | _____ | _____      | _____ |
| _____      | _____ | _____      | _____ |
| _____      | _____ | _____      | _____ |

**VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.**

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