

Dr. Lisa Kelly

**INFORMATIONS PERSONNEL**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom préféré : \_\_\_\_\_  Marié  Célibataire  Enfant  
 Nom de famille : \_\_\_\_\_ Sexe :  Mâle  Femelle  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tél maison : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code postale : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ Tél cellulaire : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : jj / mm / aaaa  
 (\*A votre choix, utilisé à des fins de collection)

Comment préférez-vous être contacté?  maison  travail  cellulaire  courriel  texte

Docteur : \_\_\_\_\_ Numéro de carte santé : \_\_\_\_\_

Lieu de travail et/ou nom de l'école : \_\_\_\_\_

Noms des autres membres de la famille qui sont des patients ici : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous attendu parlé de notre bureau?  Amis(es)  Famille  Site internet  Autres : \_\_\_\_\_

**Si ce médicale est pour un enfant s'il vous plaît inclure:**

Père : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : jj / mm / aaaa \*Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  
 Mère : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : jj / mm / aaaa \*Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin pour un traitement médical?  Oui  Non

SVP expliquer : \_\_\_\_\_

2. Avez-vous des allergies?  Oui  Non

SVP spécifier : \_\_\_\_\_

3. Avez-vous des problèmes cardiaques ou circulatoires?  Oui  Non

Si oui expliquer : \_\_\_\_\_

4. Prenez-vous des anticoagulants ou de l'aspirine sur une base quotidienne?  Oui  Non

5. Prenez-vous des médicaments pour l'ostéoporose (densité d'os faible)?  Oui  Non

6. Prenez-vous des médicaments régulièrement, des non-prescriptions ou des suppléments à base de plantes médicinales?  Oui  Non

SVP spécifier : A. \_\_\_\_\_ raison \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_ raison \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_ raison \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_ raison \_\_\_\_\_

7. Présentement, avez-vous aucun des suivants?

Anémie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Arthrite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hépatites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble sanguin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pression artérielle élevée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Arthroplastie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maladies rénales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maladies pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Emphysème	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maladie du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épilepsie/crise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Stimulateur Cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rhume des foins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Accident cérébral vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Crise cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

8. Avez-vous reçue du traitement pour le cancer?  Oui  Non Type : \_\_\_\_\_  
 Si oui, quel type de traitement?  
 Radiation / Date \_\_\_\_\_  Chimiothérapie / Date \_\_\_\_\_
9. Avez-vous eu des saignements anormaux à la suite des extractions ou des opérations précédentes?  Oui  Non
10. Est-ce qu'il est requis que vous preniez des antibiotiques avant des traitements dentaires?  Oui  Non
11. SVP indiquez la date de votre dernier examen médicale : \_\_\_\_\_
12. Utilisez-vous des produits de tabac?  Oui  Non Si oui, combien de fois par jour? \_\_\_\_\_
13. Utilisez-vous, ou avez-vous déjà utilisez l'alcool ou des stupéfiants analgésiques sur une base régulière?  Oui  Non
14. Avez-vous déjà eu une anesthésie locale?  Oui  Non Des complications?  Oui  Non  
 SVP spécifier : \_\_\_\_\_
15. FEMMES SEULEMENT : Êtes-vous enceinte?  Oui  Non Si oui, de combien de mois \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

1. Dernières visite chez le dentiste? \_\_\_\_\_ Avec examen dentaire complet?  Oui  Non
2. À quelle fréquence : brossez-vous vos dents? \_\_\_\_\_ utilisez-vous de la soie dentaire? \_\_\_\_\_
3. Est-ce que vos dents sont sensibles?  Oui  Non  
 au chaud  au froid  au sucré  autres : \_\_\_\_\_
4. Est-ce que vos gencives saignent lorsque vous :  
 brosser  utiliser de la soie dentaire  spontanément  jamais
5. Avez-vous déjà été diagnostiqué avec parodontopathie? (Maladie des gencives)  Oui  Non

### ASSURANCE DENTAIRE

**\*\*\*\*SVP sacher que tout frais des compagnies d'assurance et les paiements qui ne sont pas \*\*\*\*  
 couvert par l'assurance sont la responsabilité du patient.**

Avez-vous de l'assurance dentaire?  Oui  Non Si oui,  
 Membre principal de l'assurance : \_\_\_\_\_  
 L'adresse du membre principal (si différent) : \_\_\_\_\_  
 Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
 Occupation/employeur du membre principal? \_\_\_\_\_  
 # Police : \_\_\_\_\_ # Identification : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance du membre principal : j j / m m / a a a a

**Si votre employeur à établi la configuration de vos paiement d'assurance comme non cessibles à notre bureau, vous êtes responsable à payer tous les frais en totalité le jour de service.**

**La politique du bureau: votre rendez-vous est réservé spécialement pour vous. Si vous êtes incapable de vous présenter, nous exigeons un préavis de deux jours d'affaires pour éviter les frais d'annulation.**

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Parent ou tuteur si le patient a moins de 16 ans.