

TRAITEMENT D'URGENCE

Date : Année _____ Mois _____ Jour _____

Nom de famille du patient :		Prénom :		Sexe : Femme _____ Homme _____		Tél. maison :					
Adresse : (No. , Rue, App.)		Ville :		Code postal		Date de naissance		A	M	J	Âge
No. ass. maladie :		Expiration :		No. ass. sociale :		Nom du responsable des honoraires :					
Référé par : un parent _____ un ami _____ un Dr _____ journaux _____ bottin téléphonique _____ autre : _____											

HISTOIRE MÉDICALE : Indiquez par un crochet (✓) le ou les problèmes que vous avez ou avez eus :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Fièvre rhumatismale			Allergie aux anesthésiques locaux			Haute/ basse pression		
Troubles cardiaques			Allergie à la pénicilline			Asthme, fièvre des foins		
Troubles sanguins/ anémie			Autres allergies			Chirurgie buccale précédente		
Saignement anormal d'une coupure			Maladies vénériennes			Prenez-vous : - insuline ?		
Problèmes du foie(hépatite : A, B, C, cirrhose, jaunisse, etc.)			Epilepsie			- anticoagulant ?		
Diabète			Tuberculose			- cortisone ?		
Troubles rénaux			Arthrite			Êtes-vous enceinte ?		
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?			Néoplasie familiale			Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)		
Autres maladies ?						Séropositif au test du SIDA		
Remarques :								

Raison de la visite :	Rendez-vous	Examen	Radiographie	Extraction	Nettoyage	Information
Plainte principale :	Dents sensibles	Douleur	Plombage brisé	Dents fracturées	Prothèse dentaire	Cavité

Consentement/ autorisation

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.
J'autorise la consultation avec mon médecin. J'autorise le dentiste à faire des examens et traitements nécessaires y compris l'utilisation d'anesthésique.

Signature : _____
Patient _____ Parent _____ Gardien _____

_____ Année _____ Mois _____ Jour _____