

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ**

NOM de Famille : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Homme  Femme

NUMEROS DE TÉL CELLULAIRE : \_\_\_\_\_ MAISON : \_\_\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_ DATE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE À DOMICILE : \_\_\_\_\_

DENTISTE QUI VOUS A RÉFÉRÉ : \_\_\_\_\_ NOM DU MÉDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

LISTE DES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ

---



---



---

ALLERGIES : MEDICAMENTS OU ALIMENTS : \_\_\_\_\_

---

**CONDITIONS MÉDICALES**

	OUI	NON		OUI	NON
Ronflement			Hyperthyroïdie		
Apnée du sommeil			Hypothyroïdie		
Tension artérielle haute			Maladie transmise sexuellement		
Tension artérielle basse			HIV / Séropositif		
Problèmes cardiaques			Herpes		
Valve cardiaque (date : _____ )			Asthme		
Diabétique			Trouble pulmonaire		
Troubles des reins			Problèmes digestifs		
Hépatite A ; B ou C			Troubles sanguins :		
Remplacement hanche ou genou (date : _____ )			Accident Vasculaire-Cérébral (AVC) (date : _____ )		
Anxiété			Dépression		
Troubles Bipolaires			Épilepsie		
Maladie de Crohn			Ulcération à l'estomac		
Glaucome			Problèmes visuels		
INJECTIONS en milieu hospitalier			Trouble Neurologique		
Anémie, saignement prolongé			Fumeur (Combien par jour : _____ )		

**HOSPITALISATIONS MAJEURES**

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

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

**SIGNATURE PATIENT :** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE DENTISTE :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_