

Nom _____ Date de Naissance _____
 Adresse _____
 No de téléphone _____ Date _____
 Référé par _____
 Médecin traitant: _____ Tél: _____
 Pharmacie : _____ Tél: _____

Information pour traitement d'urgence

Dernier examen médical _____
 Avez-vous ou avez-vous déjà fait de :

	Oui	Non
L'anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection des reins ou du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condition anormale du coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement anormal d'une coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvres rhumatismales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haute/Basse pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH / VIH / Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous sous les soins d'un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ou les quelles _____

Allergies : _____

Signature: _____

Demande:
 Extraction
 Radiographie
 Examen
 Rendez-vous
 Personnelle
 Information
 Examiner dents
 Nettoyer dents

Se Plaint:
 chaud
 froid
 sucré
 douleur
 mal de dent
 plombage brisé
 dent brisée
 enflure
 carie