

1121 Shediac Rd., Moncton, NB E1A 7B6 Tél./Tel: (506)858-0188 info@harrisvilledental.ca

Nom		Date de Naissance
Adresse		TÉL.(résidence.)
Ville		TÉL. (au travail)
Code Postal		TÉL. (cellulaire)
		Occupation
Assurance Dentaire Oui Non		Médecin traitant
		Adresse
Communication:		
Cell texte Travail		Courriel
Tél. Maison Courriel		
Histoire Médicale	Oui Non	Histoire dentaire
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin		Dernier examen: 0-6 mois
Médecin traitant tél:		6m-1an
Nom: Prénom(s):		+ que 1 an
2. Prenez-vous des médicaments présentement ou en avez-vous déja		But de votre visite d'aujourd'hui :
pris au cours des six derniers mois?		Urgence seulement
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de?		Examen spécifique
3. Trouble cardiaques		Examen complet
4. Fièvre rhumaistmale	·	
5. Problème de saignement prolongé	-	
6. Anémie	·	Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des
7. Haute/Basse pression	-	interventions chirurgicales? - Si oui, énumérez et
8. Rhumes fréquents ou sinusite	·	indiquez les dates approximatives.
	·	1
Translandinastife	·	Année I
10. Troubles digestifs	-	l ————————————————————————————————————
11. Problèmes du foie (hépatite, cirrhose, etc.)	-	
12. Troubles du rein	·	-
13. Virus du papillome humain (VPH)	-	l ————————————————————————————————————
14. Diabète	·	l ————————————————————————————————————
15. Trouble thyroïdiens	·	
16. Maladie de la peau	·	
17. Problèmes oculaires (yeux)	·	
18. Arthrite	-	
19. Épilepsie	-	_
20. Trouble nerveux	·	Remarques:
21. Maux de tête fréquents	·	
22. Perte de conscience	·	
23. Maux d'oreilles	.	
24. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie?		
(Tumeur)	-	
25. Êtes-vous enceinte?	-	
26. VIH /SIDA	.	
	Oui Non	□
27. Souffrez-vous d'allergies?		1 Je, soussigne, decidie avoir ia, compris, m etre
27. South & vous a diletgies:		renseigné et avoir répondu au questionnaire
Fièvre des foins Iode	1	médico-dentaire ci-haut au meilleur de ma
 	1	connaissance. J'accept les traitements assignés
	1	par le dentist traitant.
Pénicilline Anesthésie locale	-	
Aspirine Autres	J	Signature:
		Date: