FICHE CLINIQUE

Date: _____

Nom _____
Prénom _____ Date de naissance _____
Adresse _____
Ville _____
Tel. Maison: _____ Bureau: _____
Profession: _____
Recommandé par: Dr. _____ Patient _____ Autre _____

ANAMNESE Sexe _____ Taille _____ Poids _____ Age _____

Cocher la réponse exacte

	Dates ___/___	___/___
1. Etes-vous en bonne santé?	Oui / Non	Oui / Non
2. Avez-vous noté un changement dans votre santé pendant la dernière année _____	Oui / Non	Oui / Non
3. Votre dernière visite chez le médecin date de	_____	_____
4. Suivez-vous un traitement médical ..... Si oui, lequel _____	Oui / Non	Oui / Non
5. Nom et Adresse de votre médecin _____ _____		
6. Avez-vous eu une maladie grave ou subi une opération ..... Si oui, expliquez _____	Oui / Non	Oui / Non
7. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été hospitalisé- ou avez-vous eu une maladie grave.....	Oui / Non	Oui / Non

APPAREIL DIGESTIF

GI1- Souffrez-vous d'un ulcère duodénal.....	Oui / Non	Oui / Non
GI2- Avez-vous ou avez-vous eu:		
Hépatite	Oui / Non	Oui / Non
Ictère (jaunisse)	Oui / Non	Oui / Non
Maladie hépatite	Oui / Non	Oui / Non
GI3- Avez-vous déjà vomi du sang	Oui / Non	Oui / Non
GI4- Souffrez-vous de diarrhée	Oui / Non	Oui / Non

APPAREIL RESPIRATOIRE

RE1- Avez-vous une toux ou un rhume persistant.....	Oui / Non	Oui / Non
RE2- *Avez-vous ou avez-vous eu la tuberculose*.....	*Oui / Non*	*Oui / Non*
RE3- Y a-t-il des cas de tuberculose dans votre famille.....	Oui / Non	Oui / Non
RE4- Avez-vous une sinusite ou autre problèmes sinusaux.....	Oui / Non	Oui / Non
RE5- Souffrez-vous d'emphysème	Oui / Non	Oui / Non
Bronchite chronique	Oui / Non	Oui / Non
Asthme	Oui / Non	Oui / Non

ALLERGIES

AL1- Etes vous allergique ou avez-vous mal réagi à :

Anesthésique, pénicilline, sulfamide.....	Oui / Non	Oui / Non
Barbiturique, sédatifs, somnifère.....	Oui / Non	Oui / Non
Aspirine.....	Oui / Non	Oui / Non
Iode.....	Oui / Non	Oui / Non
Codéine ou autres narcotiques.....	Oui / Non	Oui / Non
Autres_____	Oui / Non	Oui / Non
AL2- Souffrez-vous d'asthme, ou rhume des foins.....	Oui / Non	Oui / Non
AL3- Avez-vous ou avez-vous eu de l'urticaire, de l'eczéma.....	Oui / Non	Oui / Non

APPAREIL URO-GÉNITAL

UR1- Avez-vous ou avez-vous eu:		
Problèmes rénaux.....	Oui / Non	Oui / Non
Insuffisance rénale.....	Oui / Non	Oui / Non
Syphilis, Gonorrhée.....	Oui / Non	Oui / Non
Sida		

MÉDICAMENT

ME1- Prenez-vous ces médicaments :.....	Oui / Non	Oui / Non
Antibiotiques, sulfamides, pénicilline.....	Oui / Non	Oui / Non
Anticoagulants.....	Oui / Non	Oui / Non
Biphosphonates (ostéoporose) (Fosamax, Actonel, Fosalence, Arédia etc..)	Oui / Non	Oui / Non
Si oui, depuis quand :	Date : _____	
Médicaments contre l'hypertension.....	Oui / Non	Oui / Non
Tranquillisants.....	Oui / Non	Oui / Non
Iode.....	Oui / Non	Oui / Non
Codéine ou autre narcotiques.....	Oui / Non	Oui / Non
Autres_____	Oui / Non	Oui / Non

POUR LES PATIENTES

- Etes-vous enceinte? Combien de mois _____	Oui / Non	Oui / Non
- Allaitez-vous?.....	Oui / Non	Oui / Non
- Avez-vous des problèmes menstruels?.....	Oui / Non	Oui / Non
- Prenez-vous la pilule ou un traitement hormonal?.....	Oui / Non	Oui / Non

QUESTIONNAIRE SUR VOS DENTS

1- Quel est votre problème principal?_____		
2- Avez-vous mal aux dents?.....	Oui / Non	Oui / Non
3- Etes-vous satisfait de l'apparence de vos dents?.....	Oui / Non	Oui / Non
4- Pouvez-vous manger et mâcher correctement?.....	Oui / Non	Oui / Non
5- Avez-vous mal à la tête, aux oreilles ou à la nuque?.....	Oui / Non	Oui / Non
6- Souffrez-vous souvent de sinusite?.....	Oui / Non	Oui / Non
7- Avez-vous eu de graves problèmes après un traitement dentaire?	Oui / Non	Oui / Non
Si oui, expliquez_____		

OS-ARTICULATION

J1- Souffrez-vous de :

Arthrite..... Oui / Non Oui / Non
Rhumatisme articulaire..... Oui / Non Oui / Non
Maladie osseuse..... Oui / Non Oui / Non
Ostéoporose..... Oui / Non Oui / Non

SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

CV1. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes
Infarctus du myocarde, problèmes cardiaques..... Oui / Non Oui / Non
Insuffisance coronarienne, Sténocardite..... Oui / Non Oui / Non
Cardiopathie valvulaire..... Oui / Non Oui / Non
Maladie cardiaque congénitale..... Oui / Non Oui / Non
CV2. Maladie cardiaque d'origine rhumatismale..... Oui / Non Oui / Non
Souffle au coeur..... Oui / Non Oui / Non
CV3. Douleur de poitrine avec un effort physique..... Oui / Non Oui / Non
CV4. Manquez de souffle après un effort physique très fatigant..... Oui / Non Oui / Non
CV5. Vos chevilles enflent-elles facilement ..... Oui / Non Oui / Non
CV6. Avez-vous besoin de plus d'un oreiller pour dormir..... Oui / Non Oui / Non
CV7. Avez-vous une "pile" cardiaque..... Oui / Non Oui / Non
CV8. Avez-vous des problèmes de pression artérielle..... Oui / Non Oui / Non
Hypertension .....Hypotension .....

SYSTEME NERVEUX CENTRAL

CN1- Avez-vous ou avez-vous eu:
Epilepsie ..... Oui / Non Oui / Non
Episode de perte de conscience ..... Oui / Non Oui / Non
Apoplexie ..... Oui / Non Oui / Non
Problèmes émotionnels ..... Oui / Non Oui / Non
CN2- Suivez-vous un traitement pour maladie nerveuse..... Oui / Non Oui / Non

SYSTÈME ENDOCRINIEN

EN1- Souffrez-vous de diabète ..... Oui / Non Oui / Non
EN2- Quelqu'un est-il diabétique dans votre famille..... Oui / Non Oui / Non
EN3- Urinez-vous plus de six (6) fois par jour..... Oui / Non Oui / Non
EN4- Avez-vous souvent soif, ou la bouche sèche..... Oui / Non Oui / Non
EN5- Souffrez-vous d'hyperthyroïdie ..... Oui / Non Oui / Non

SYSTÈME HÉMATOPOIÉTIQUE

HB1- Souffrez-vous d'anémie ou autre maladie sanguine..... Oui / Non Oui / Non
Si oui, Laquelle _____
HB2- Quelqu'un souffre-t-il d'une maladie sanguine dans votre famille Oui / Non Oui / Non
HB3- Souffrez-vous d'hémophilie..... Oui / Non Oui / Non
HB4- Avez-vous eu une hémorragie ou un saignement anormal
après une opération , une extraction dentaire, un accident?.... Oui / Non Oui / Non
HB5- Avez-vous eu une transfusion sanguine..... Oui / Non Oui / Non

TUMEURS

TR1- Avez-vous ou avez-vous eu :
Tumeurs bénignes - malignes..... Oui / Non Oui / Non
Si oui, expliquez_____ Oui / Non Oui / Non
Chimiothérapie- Radiothérapie (Rayons X)..... Oui / Non Oui / Non

Avez-vous eu d'autres problèmes de santé que nous devrions connaître : Oui / Non Oui / Non

Etes-vous exposé régulièrement à des rayons X ou autre forme
de radiation ou de substances toxiques..... *Oui / Non Oui / Non*

Souffrez-vous de glaucome : ouvert ou fermé..... Oui / Non Oui / Non
Portez-vous des verres de contact..... Oui / Non Oui / Non
Buvez-vous de l'alcool, combien et quand..... Oui / Non Oui / Non
Fumez-vous? Si oui, combien ..... Oui / Non Oui / Non

ACCORD DE TRAITEMENT

Je, soussigné(e) ..... autorise et demande le traitement dentaire pour moi-même ou pour..... En outre, j'autorise le Docteur Lessold à effectuer tous les actes dentaires, anesthésie et ordonnances nécessaires au diagnostic et traitement de ma bouche. Ces actes peuvent inclure des empreintes et modèles, photographies, radiographies et analyse sanguine. Je reconnais être responsable des honoraires relatifs aux services rendus pour moi-même ou la personne sus-nommée, indépendamment du montant du remboursement de mon assurance. Je comprends aussi que le devis du plan de traitement n'est qu'un devis et qu'Iil peut être nécessaire de le modifier en cours de traitement. Dans ce cas, il me sera donné toutes les informations supplémentaires.

A ma connaissance, j'ai donné un rapport médical exact de mon état de santé.

..... Date .....
Signature du patient (e)(ou parent si patient(e) mineur/e)

..... Date .....
Signature du docteur