DOSSIER DU PATIENT ~ PATIENT'S FILE

C D I S Chart #:_____

❒ Mr ❒ Mrs/Mme ❒ Miss/Mlle ❒ English ❒ Français

Nom/ Name:_____ Date de naissance/ Date of birth:_____ ❒M ❒F

Adresse/ Address:_____ Occupation:_____

_____

TEL: (Maison/Home)_____ TEL: (Travail/Work:)_____

Nom du conjoint ou parent(s) / Name of spouse or parent(s):_____

INFORMATION D'ASSURANCE ~ INSURANCE INFORMATION

Nom de l'assuré(e)/ Name of insured:_____ ❒M ❒F Date de naissance de l'assuré(e)/ Date of birth of insured:_____

Nom de la compagnie d'assurance / Name of insurance company:_____

de groupe / group #:_____ # de contrat/ contract #_____

Employeur de l'assuré(e) / Insured's employer:_____

Par qui avez-vous été référé? / By whom were you referred?

_____ ☐ Yellow Pages/Pages jaunes

☐ Friend-Family/Ami(e)-famille

HISTOIRE MÉDICALE ~ MEDICAL HISTORY ☐ Sign/Enseigne

1. Avez-vous des problèmes de santé?
   Do you have any health problems?_____
2. Avez-vous des allergies (médicaments ou latex)?
   Do you have any allergies(medications or latex)?_____
3. Prenez-vous des médicaments?
   Are you taking any medications?_____
4. Prenez-vous des vitamines et quelle sorte?
   Do you take vitamins, if so, which kind?_____
5. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de:
   Do you suffer or have you ever suffered from any of the following:

❒	Fièvre rhumatismale/ Rheumatic fever	❒	Problème cardiaque / Heart problems
❒	Diabète / Diabetes	❒	Haute ou basse pression / High or low blood pressure
❒	Épilèpsie / Epilepsie	❒	Problème neurologique / Neurologic problem
❒	Ulcères d'estomac / Stomach ulcers	❒	Asthme / Asthma
❒	Hépatite du foie / Hepatitis	❒	Tuberculose / Tuberculosis
❒	Problème de glande thyroide / Thyroid gland problem ❍ Hypo ❍ Hyper	❒	Problème sanguin / Blood problems: ❍ Anémie / Anemia ❍ Hémophilie / Hemophilia

6. Avez-vous d'autres problèmes de santé que nous n'avons pas énumérés?
   Do you have any other health problems which have not been listed?
   _____
7. Êtes-vous enceinte? / Are you pregnant? ❒ Oui / Yes ❒ Non / No

HISTOIRE DENTAIRE ~ DENTAL HISTORY

1. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste?
   When was your last dental visit?_____
2. À quand remonte vos dernières radios dentaires?
   When were your last dental x-rays?_____
3. Avez-vous présentement des problèmes dentaires?
   Do you presently have dental problems?_____
4. Est-ce que vos gencives saignent, sont sensibles ou irritées?
   Do your gums bleed, are they sensitive or irritated?_____
5. Est-ce que vos dents sont sensibles au chaud, froid, sucre ou à la pression?

Are your teeth sensitive to hot, cold, sugar or pressure?_____

6. Utilisez-vous de la soie dentaire? Do you use dental floss?_____

7. Evaluer votre sourire sur une échelle de 1 à 10
   Rate your smile on a scale of 1 to 10 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10