

31. Avez-vous déjà subi des traitement de radiothérapie et/ ou de chimiothérapie (tumeur) **Oui Non**

32. Êtes-vous atteint du sida?

33. Êtes-vous séropositif?

34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)

35. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants:

Aliments	Iode
Aspirine	Sulfamides
Péniciline	Codéine
Autres antibiotiques	Anesthésie locale
Spécifiez:	Autres

36. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? **Oui Non**

Si oui, lesquelles et quand?

Date:

Date:

Date:

37. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?

Remarque:

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernière visite: 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Traitements reçus:

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:

1. Démonstration d'hygiène buccale

2. Traitement des gencives

3. Traitement d'orthodontie

4. Traitement de canal

5. Obturations

Oui Non

6. Couronne(s) et/ou ponts **Oui Non**

7. Prothèses complètes et/ou partielles

8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions

9. Implants dentaires

10. Radiographies dentaires

11. Autres

IMPORTANT

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement à mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Signature: