

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

Date d'aujourd'hui : _____/20____

Titre		Prénom		Nom de famille	
<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Dr.					
Adresse municipale			Ville / Province		Code Postal
Téléphone (domicile)		Téléphone (cellulaire)		Téléphone (travail)	
Date de naissance (Mois Jour Année)			Qui vous a référé à notre bureau?		
/ /					
Pouvons-nous communiquer avec votre médecin pour obtenir des renseignements supplémentaires au besoin ?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Nom du médecin :	
Hauteur	in cm	Poids de l'appareil	lb kg	Circonférence du cou	in cm
Adresse électronique		@			

Personne responsable du compte		<input type="checkbox"/> Même que ci-dessus			
Titre		Prénom		Nom de famille	
<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/> Dr.					
Adresse municipale			Ville / Province		Code Postal
Téléphone (domicile)		Téléphone (cellulaire)		Téléphone (travail)	

Veillez noter que :

Les renseignements contenus dans ce formulaire sont confidentiels et ne seront pas divulgués sans votre autorisation écrite.

Quelle est votre principale préoccupation aujourd'hui, qu'est-ce qui vous amène à notre bureau ? Veuillez décrire le mieux possible.				
Quand les symptômes sont-ils apparus pour la première fois ? Depuis combien de temps sont-ils présents ?	<input type="checkbox"/> <3 mois <input type="checkbox"/> 3-6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> > 12 mois			
Les symptômes s'aggravent-ils avec le temps ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Vos symptômes sont-ils toujours présents ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Expliquer)			
Quel(s) traitement(s) avez-vous suivi jusqu'à présent ?		Mois	Année	
		Mois	Année	
L'un ou l'autre de ces traitements a-t-il aidé ? Expliquez-moi, s'il vous plaît.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Avez-vous des maux de tête ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand? <input type="checkbox"/> au réveil <input type="checkbox"/> mi-journée			
	<input type="checkbox"/> en soirée <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> toute la journée			
Où se produisent-ils ?	<input type="checkbox"/> au-dessus des yeux <input type="checkbox"/> front <input type="checkbox"/> tempes <input type="checkbox"/> côté de la tête <input type="checkbox"/> base du crâne <input type="checkbox"/> encolure			
Se produisent-ils d'un côté ou des deux côtés ?	<input type="checkbox"/> flanc gauche <input type="checkbox"/> flanc droit <input type="checkbox"/> deux camps			
Vos maux de tête sont-ils précédés d'une aura ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Vos maux de tête se propagent-ils à d'autres régions?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			

Combien de fois avez-vous des maux de tête ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> de tous les jours <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> mensuellement		
Veuillez énumérer tous les médicaments/drogues, y compris les herbes médicinales et les loisirs que vous utilisez actuellement.			
Si vous avez un imprimé de votre pharmacie, veuillez nous le faire savoir afin que nous puissions en faire une copie pour votre dossier.			
Veuillez les énumérer sur une ligne distincte. Utilisez le verso de cette page si vous avez besoin de plus d'espace.			
Veuillez énumérer tous les troubles médicaux pour lesquels vous avez reçu un diagnostic médical ou pour lesquels vous êtes sous traitement.			
Avez-vous des antécédents familiaux d'accident vasculaire cérébral ou d'anévrisme cérébral ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Prenez-vous actuellement un antidépresseur de type ISRS? (Celexa, Lexapro, Prozac, Paxil, Pexeva, Zoloft, Vilazodone etc.)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel ?		
	Autre antidépresseur ? Lequel ?		
	Depuis combien de temps prenez-vous ce médicament ?		
Avez-vous subi une ablation des amygdales/adénoïdes ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui A quel âge étiez-vous quand ils ont été retirés ?		
Respirez-vous par la bouche ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à l'état éveillé <input type="checkbox"/> Oui, pendant le sommeil <input type="checkbox"/> Oui, tout le temps		
Vous a-t-on dit que vous ronflez ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Tu ne te réveilles jamais en haletant ou en t'étouffant ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Votre partenaire de lit vous a-t-il déjà dit que vous ne respirez plus la nuit ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Avez-vous déjà subi une étude du sommeil de nuit dans un laboratoire du sommeil ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, quand et où ?		
Vous avez reçu un diagnostic d'apnée du sommeil ou de syndrome de résistance des voies respiratoires supérieures (UARS)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Hommes: quelle est la probabilité que vous vous assoupissiez quand vous l'êtes ?

Femmes: quelle est la probabilité que vous vous sentiez somnolent quand vous l'êtes ?

	Aucune chance	Légère chance	Chance modérée	De grandes chances
S'asseoir et lire un livre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu regardes la télé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis dans un lieu public (théâtre, réunion, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tant que passager dans une voiture pendant une heure sans pause ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi quand les circonstances le permettent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis tranquillement après le déjeuner, sans alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une voiture, à l'arrêt quelques minutes dans la circulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total:

À quelle fréquence mâchez-vous du chewing-gum ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel
Avez-vous mal aux articulations de votre mâchoire lorsque vous ouvrez grand ou mâchez ?	<input type="checkbox"/> Aucune douleur <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droite <input type="checkbox"/> Les deux côtés
Est-ce que votre mâchoire clique ou éclate lors de l'ouverture ou de la fermeture ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droite <input type="checkbox"/> Les deux côtés
Votre mâchoire s'est-elle déjà verrouillée là où vous ne pouviez pas la refermer ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droite <input type="checkbox"/> Les deux côtés
Votre mâchoire s'est-elle déjà verrouillée là où vous ne pouviez pas l'ouvrir ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droite <input type="checkbox"/> Les deux côtés
Avez-vous mal au cou ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droite <input type="checkbox"/> Les deux côtés
Avez-vous mal aux épaules ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droite <input type="checkbox"/> Les deux côtés
Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid ou au sucré ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Supérieur Gauche <input type="checkbox"/> Supérieur Avant <input type="checkbox"/> Supérieur Droite <input type="checkbox"/> Inférieure gauche <input type="checkbox"/> Inférieure Avant <input type="checkbox"/> Inférieure Droite
Avez-vous mal aux dents sans raison ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Êtes-vous sujet aux infections des sinus ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Êtes-vous traité pour une maladie parodontale (gencive) ou avez-vous perdu vos dents ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Expliquez-vous :
--	--

Avez-vous été impliqué dans des accidents ? Veuillez indiquer le type d'accident (voiture, chute, etc.) et la date approximative à laquelle il s'est produit.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Mois	Année
Avez-vous déjà été assommé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pour combien de temps ? Les minutes		

Renseignements supplémentaires : (Veuillez ajouter toute information supplémentaire que vous jugez utile)

Consentement à l'examen :

Je, _____, consens à ce que le Dr Luco m'examine aujourd'hui, y compris des radiographies au besoin. Je consens également à ce que le Dr Luco communique avec mon dentiste, mon médecin de famille et tout spécialiste qui me traite pour obtenir des renseignements supplémentaires, au besoin. Je consens à ce que le Dr _____ envoie un rapport écrit de l'examen d'aujourd'hui au médecin traitant. Je comprends que même si la plupart des régimes de soins dentaires couvrent cet examen, je suis responsable de tous les frais non couverts par mon régime de soins dentaires. Toutes les informations listées sont exactes et je ne retiens aucune information,

Signature du patient

Date

Signature de l'examineur

Date

Merci d'avoir rempli ce questionnaire. Nous examinerons cela avec vous sous peu et ajouterons des informations supplémentaires si nécessaire.

Ces renseignements sont confidentiels et ne seront pas divulgués à des tiers autres que ceux mentionnés ci-dessus (y compris les compagnies d'assurance) sans votre consentement écrit.