

Annexe A

Formulaire communautaire – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

Veillez apporter ce formulaire chez le dentiste.

NOM _____ Dr _ Mme _ Mlle _ M.

Homme _ Femme _

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____
année mois jour

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: _____ MÉDECIN: _____

PERSONNE-RESSOURCE: _____ Parenté: _____

DOMICILE: () _____ BUREAU: () _____

LISTE DES MÉDICAMENTS (Veillez indiquer **TOUS** les médicaments, y compris les médicaments non prescrits.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

ALLERGIES: _____

Pour les patients prenant de la warfarine (coumadine): **RIN le plus récent:**

Date: _____ Lecture: _____

AUTRES INFORMATIONS POUR LES PATIENTS AYANT UN FOURNISSEUR DE SOINS:

MOBILITÉ:

Le(la) patient(e) utilise-t-il(elle): un fauteuil roulant ___ une marchette ___

Est-il(elle) capable de s'installer dans le fauteuil dentaire:

___ NON ___ OUI ___ avec un peu d'aide ___ avec l'aide de 2 personnes

ÉTAT COGNITIF/SENSORIEL:

A toutes ses facultés mentales ___ légèrement désorienté(e) ___

moyennement désorienté(e) ___ déficience cognitive avancée ___

Malentendant(e) ___ OUI ___ NON légèrement ___ moyennement ___ profondément ___

Veillez répondre aux questions suivantes:

MOTIF DE LA VISITE _____

Dernière visite chez le dentiste _____

Radiographies disponibles _____