

# Dr. Stephen Shandhan

## ENREGISTREMENT DU PATIENT / MISE À JOUR MÉDICALE

CONFIDENTIEL

Nom : \_\_\_\_\_ Genre : Homme / Femme  
Adresse : \_\_\_\_\_ App. # : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Tél. maison : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Travail : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Si enfant, nom du parent : \_\_\_\_\_  
*jour / mois / année*

Référé par : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance primaire : \_\_\_\_\_ No. de plan : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_ No. de certificat : \_\_\_\_\_  
Compagnie d'assurance secondaire : \_\_\_\_\_ No. de plan : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_ No. de certificat : \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE MÉDICALE

1. Avez vous des allergies? OUI NON Précisez : \_\_\_\_\_
2. Avez vous des allergies à des médicaments? OUI NON Précisez : \_\_\_\_\_
3. Prenez vous des médicaments? Précisez (ou fournir une liste de votre pharmacie) : \_\_\_\_\_

---

4. Avez-vous déjà eu une fièvre rhumatismale? OUI NON
5. Avez-vous des jointures artificielles? OUI NON
6. Avez-vous des valves prothétiques cardiaques? OUI NON
7. (Femmes seulement) Êtes-vous enceinte? OUI NON
8. Souffrez vous d'ostéoporose? OUI NON Si oui, quels médicaments prenez-vous? \_\_\_\_\_
9. Souffrez-vous d'une maladie grave en ce moment? OUI NON Précisez : \_\_\_\_\_
10. Avez-vous déjà souffert d'une maladie grave? OUI NON Précisez : \_\_\_\_\_
11. Avez-vous déjà eu l'hépatite A / B / C / VIH ? OUI NON
12. Êtes-vous fumeur? OUI NON
13. La date approximative de votre dernière visite chez le dentiste : \_\_\_\_\_
14. Avez-vous un problème dentaire dont vous voulez discuter aujourd'hui? \_\_\_\_\_
15. Pharmacie : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_
16. Médecin : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_
17. En cas d'urgence, contactez : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(parent si moins de 18 ans)

### MISE À JOUR DE L'HISTORIQUE MÉDICALE (réservé à l'administration)

Date	Pareil	Changement	Date	Pareil	Changement
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

