



Recall History

NOM:

CONTACTE D'URGENCE:

COURRIEL:

D'URGENCE:

TÉLÉPHONE:

PHARMACIE:

ADRESSE:

MÉDECIN DE FAMILLE:

DU MÉDECIN:

1. Avez-vous des douleurs ou des inconforts dentaires? ☐ Oui ☐ Non
2. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé, tels que des maladies graves, des hospitalisations ou des interventions chirurgicales au cours de la dernière année ? Si oui, explique pourquoi.
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr/Peut-être
3. Allergies: _____
4. Prenez-vous des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr/Peut-être
5. Avez-vous reçu un diagnostic de nouveaux problèmes cardiaques ou avez-vous constaté un changement dans un problème cardiaque existant au cours de la dernière année ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr/Peut-être
6. à quand remonte ta dernière visite médicale ? _____
7. des problèmes ont-ils été identifiés ? Si oui, veuillez expliquer
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr/Peut-être

POUR FEMME UNIQUEMENT

1. Vous allaitez ou êtes enceinte ? Si vous êtes enceinte, quelle est la date prévue de l'accouchement ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr/Peut-être
2. Prenez-vous des pilules contraceptives ? ☐ Oui ☐ Non

A ma connaissance, les informations ci-dessus sont correctes

Signature du patient / parent / tuteur:

Date:

Dentist / Hygienist Signature:

Date:

ASA Classification: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

DENTIST'S NOTES: