

## DONNÉES PERSONNELLES (merci de remplir en MAJUSCULES)

Nom, prénom : ..... Email .....  
Du responsable si le patient est mineur  
 Né(e) le : ..... N° tél (maison).....  
 Adresse : ..... N° tél (natel du responsable).....  
 NPA : .....Localité : ..... N° tél (natel du patient).....  
 Représentant(e) légal: .....  Mère/Père Autre..... Tuteur/tutrice  
 Assurance maladie : ..... Numéro d'AVS : .....  
 Assurance complémentaire pour soins orthodontiques :  OUI  NON  
 Êtes-vous au bénéfice d'allocations ou d'aides sociales pour les soins dentaires?  Non  Oui (merci de préciser ci-dessous)  
 PC/AVS  PC Familles  CSR.....  OPRM(SPJ).....  
*Personne de contact dans le service social*.....

## ANAMNÈSE GÉNÉRALE

Médecin traitant : .....

Médecin-dentiste traitant : .....

Je vous autorise à échanger les radiographies et rapports avec le/la médecin-dentiste indiqué(e) ci-dessus  OUI  NON

	OUI	NON
• Avez-vous des problèmes de <b>santé</b> ? Si oui, pour quel motif ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prenez-vous des <b>médicaments</b> ? Si oui, lesquels ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous <b>allergique</b> à certaines substances ? Si oui, lesquelles ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous des <b>problèmes de croissance</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu une <b>anesthésie locale</b> ? Si oui, cela vous a-t-il provoqué une réaction anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous ou avez-vous eu une de ces <b>maladies</b> ? ( <i>cochez ce qui convient</i> )		
o Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Hépatite B ou C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie de l'estomac ou de l'intestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie du nez/gorge/oreilles (ORL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Déficit immunitaire (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Maladie chronique ou de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu un <b>traumatisme</b> facial ou dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ménorrhée ? ( <i>=menstruations</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous enceinte ? Si oui, depuis combien de temps ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu, date

Signature :

admin/anamnèse

À défaut de paiement de la (les) factures(s) à l'échéance fixée, j'autorise le Dr Carlos SUÁREZ à transmettre mon dossier à la CAISSE JURIDIQUE SUISSE pour le recouvrement de la ou des factures impayées, les délève du secret médical et m'engage à régler la somme de CHF 150.00 à titre d'indemnité de retard.