



FICHE SANTÉ

SOINS DENTAIRES

DURÉE DE SÉJOUR À PRÉVOIR

La durée du séjour et le nombre de déplacements nécessaires varient selon les soins dentaires envisagés, la destination choisie et le plan de traitement établi par le chirurgien-dentiste.

Ces informations vous seront précisées dans votre devis personnalisé, après l'évaluation de votre dossier par l'équipe médicale.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Pays de résidence : _____

Poids actuel (kg): _____

Téléphone : _____

Taille (cm) : _____

Courriel : _____

Êtes-vous fumeur? _____

INTERVENTION(S) SOUHAITÉE(S)



PAYS SOUHAITÉ POUR L'INTERVENTION

☐ Turquie

☐ Tunisie

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Avez-vous déjà eu des complications lors de soins dentaires? _____

Si oui, lesquelles? _____

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Avez-vous déjà été opéré(e) sous anesthésie générale? (Oui/Non) _____

Avez-vous déjà eu des complications liées à une chirurgie ou anesthésie? _____

Si oui, pour quelle intervention et à quelle date? _____ / ____ / ____

ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

Souffrez-vous d'une maladie chronique (diabète, hypertension, trouble thyroïdien, etc.) ?



Avez-vous des allergies (médicaments, aliments, anesthésiques locaux, latex, etc.) ?



Suivez-vous un traitement médical actuel? Si oui, merci de préciser les noms des médicaments.



ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il des antécédents médicaux particuliers dans votre famille (maladies cardiovasculaires, thromboses, complications anesthésiques, etc.)? _____



Partenaire de votre *réve* 



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332



FICHE SANTÉ

SOINS DENTAIRES

ATTENTES ET INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Quelles sont vos attentes spécifiques concernant les résultats de l'intervention?



Souhaitez-vous ajouter toute autre information concernant votre santé ou votre condition physique?



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes, et j'autorise SOL Médic à transmettre ces informations ainsi que les photos aux professionnels de santé partenaires concernés pour évaluation et devis.

Signature du patient : _____

Date : ____ / ____ / ____



Partenaire de votre *réve*



SOL Médic – Annie Dionne



solmedicqc@gmail.com



www.solmedic.ca



+1 418 906-8332