



Patient Information / Reseignement du patient

PRÉNOM(S)/ GIVEN NAME(S) [PLEASE PRINT]	NOM DE FAMILLE / FAMILY NAME	<input type="checkbox"/> MASCULIN / MALE	<input type="checkbox"/> FEMININ / FEMALE
ADRESSE / ADDRESS		NO. APP. / APT. NO.	
VILLE / CITY		PROVINCE	CODE POSTAL / POSTAL CODE
TÉLÉPHONE (DOMICILE / HOME)		TÉLÉPHONE (TRAVAIL / WORK)	
DATE DE NAISSANCE / DATE of BIRTH		Nom De l'organisme qui a référé Le Client / Name of agency that referred the patient	
..... -Jour/Day Mois/Month Année/Year	

Date du dernier examen médical / Date of last medical examination.....

Le client est-il sous traitement médical actuellement ? (préciser) / Is the patient under medical treatment now? (details)

Le client prend-il des médicaments actuellement ? / Is patient taking medication now? (details)

<input type="checkbox"/> SIDA/AIDS <input type="checkbox"/> Arthrite ou autre atteinte articulaire / Arthritis or other joint disease <input type="checkbox"/> Asthme / Asthma <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire / Lung disease <input type="checkbox"/> Tuberculose / Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale / Rheumatic fever <input type="checkbox"/> Cardiopathie / Heart disease <input type="checkbox"/> Cancer / Cancer <input type="checkbox"/> Nécropathie / Kidney disease <input type="checkbox"/> Troubles glandulaires ou hormonaux / Glandular or hormonal disorder <input type="checkbox"/> Implants chirurgicaux / Surgical implants <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles sexuellement / Sexually transmitted disease <input type="checkbox"/> Diabète / Diabetes <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation / Uncontrolled bleeding <input type="checkbox"/> Anémie / Anemia <input type="checkbox"/> Maladies du sang / Other blood disease <input type="checkbox"/> Troubles musculaire / Muscular disorder <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques / Neurological disorder <input type="checkbox"/> Épilepsie / Epilepsy <input type="checkbox"/> Convulsions / Convulsions <input type="checkbox"/> Maladie de foie (ex. Hépatite, jaunisse) / Liver disease (e.g. hepatitis, jaundice) <input type="checkbox"/> La cliente est-elle enceinte? / Is the patient pregnant?	<p>Veillez cocher si approprié / Please check if appropriate</p> <p>Handicap physique (préciser) / Physical handicap (specify)</p> <p>Autre handicap (préciser) / Other handicap (specify):</p> <p><input type="checkbox"/> Ne se déplace qu'en fauteuil roulant / Confined to wheelchair</p> <p>ALLERGIES à un médicament (préciser) / to medication (specify)</p> <p>autres allergies (préciser) / other allergies (specify)</p>
---	--

Toute autre maladie ou opération? (expliquer) / other illness or operation? (details)

Le client a-t-il déjà été hospitalisé? (expliquer) / Has patient ever been hospitalized overnight ? (details)

Name of parent or guardian if under 18. Nom du parent ou tuteur si moins de 18 ans.

Continued on reverse /Suite au verso

Consent to treatment

The McGill Undergraduate Teaching Clinic is a teaching clinic

All treatment is provided by students of the McGill University Faculty of Dentistry. These students are registered as trainees with l'Ordre des Dentistes du Québec and are supervised by practicing dentists who hold teaching appointments in the Faculty of Dentistry at McGill University.

As this is a teaching clinic, patients must recognize that the amount of time required to complete treatment is considerably longer than in a private dentist's office. Moreover, if at any time it is decided that the treatment that is required is beyond the scope of the students, all treatment will be stopped and the patient informed that their work must be completed elsewhere. For the convenience of our patients, the clinic has a list of dental residency programs, where patients can seek treatment.

Before treatment can begin

After a thorough examination, a treatment plan will be presented to the patient or their guardian. The risks, benefits, costs and purpose of the treatment, as well as the availability of alternate treatments will be explained before any treatment is begun. Patients are encouraged to ask questions before agreeing to have dental work done. Even if the patient/guardian agrees to all of the above, the McGill Undergraduate Teaching Clinic is not obligated to provide treatment in every case and the patient may be referred to another clinic.

No Guarantee of Success

In dental treatment, as in any medical care, there is no guarantee of the success of a particular treatment. The McGill Undergraduate Teaching Clinic cannot guarantee the life expectancy of a specific treatment for an individual patient.

Sharing of medical records

Patient records, models, radiographs, photographs etc., may be shared within the McGill University Faculty of Dentistry for teaching purposes.

Withdrawal of Consent

A patient/guardian may withdraw consent and stop treatment at any time.

Declaration/Déclaration

I have read all of the above information and agree to the conditions.
J'ai lu tous les renseignements qui précèdent et j'accepte les conditions.

Signature _____

Consentement en vue d'un traitement

La Clinique d'enseignement de premier cycle de McGill

Tous les traitements sont dispensés par des étudiants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill. Ces étudiants sont inscrits auprès de l'Ordre des dentistes du Québec comme stagiaires et ils sont supervisés par des dentistes d'exercice privé qui détiennent des charges d'enseignement à la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill.

Étant donné qu'il s'agit d'une clinique d'enseignement, les patients/parent doivent être conscients que le temps nécessaire au traitement est beaucoup plus long que dans un cabinet de dentiste privé. En outre, s'il est décidé à n'importe quel moment que le traitement requis dépasse la compétence des étudiants, tout traitement sera arrêté et le patient sera informé que le travail doit être complété ailleurs. Pour la commodité de nos patients, la clinique conserve une liste des programmes de résidence en médecine dentaire où les patients peuvent chercher à obtenir leur traitement.

Avant le début du traitement

Après un examen minutieux, un plan de traitement sera soumis au patient. Les risques, avantages, coût et objectifs du traitement, ainsi que la possibilité de traitements de remplacement, seront expliqués avant le début de tout traitement. Les patients/parents sont invités à poser des questions avant de consentir à recevoir des soins dentaires. Même si le patient/parent convient de tout ce qui précède, la Clinique d'enseignement de premier cycle de McGill n'est en aucun cas obligée de dispenser le traitement et une autre clinique peut lui être recommandée.

Aucune garantie de succès

En soins dentaires, comme dans n'importe quel soin médical, il n'existe aucune garantie de réussite d'un traitement donné. La Clinique d'enseignement de premier cycle de McGill ne peut pas garantir la durée utile d'un traitement donné pour un patient particulier.

Partage de dossiers médicaux

Les dossiers, modèles, radiographies, photographies, etc. du patient ne peuvent être partagés avec la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill qu'à des fins d'enseignement.

Retrait du consentement

Un patient peut retirer son consentement et mettre fin au traitement en tout temps.

Date _____