

## DOSSIER DENTAIRE

### Questionnaire d'inscription confidentiel

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_ **App :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_ **Code Postal :** \_\_\_\_\_

**# Tél. Rés. :** \_\_\_\_\_ **# Tél. Trav. :** \_\_\_\_\_ **Cell :** \_\_\_\_\_

**Sexe :** M  F  **Date de Naissance :** jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

**Nom de votre employeur :** \_\_\_\_\_ **Occupation :** \_\_\_\_\_

**Nom de votre conjoint (e) :** \_\_\_\_\_ **Courriel :** \_\_\_\_\_

**Raison de votre visite :** \_\_\_\_\_

**Qui vous a référé à notre bureau :** \_\_\_\_\_

**Si ENFANT :** **Mère :** \_\_\_\_\_ **Tél. Trav. :** \_\_\_\_\_ **Cell :** \_\_\_\_\_

**No. Ass. Maladie :** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Père :** \_\_\_\_\_ **Tél. Trav. :** \_\_\_\_\_ **Cell :** \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE MÉDICALE

|  |  |                          |                      |                          |                          |                          |                          |            |            |               |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                      |                          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>1) Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Si oui :<br/>Nom : _____<br/>Tél. : _____</p> <p style="text-align: right;"><b>OUI NON</b></p> <p>2) Prenez-vous (présentement) des médicaments, ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? Si oui, lesquels? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3) Êtes-vous enceinte : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4) Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de?</i></p> <p>5) Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6) Fièvre rhumatismale _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7) Saignements prolongés _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8) Anémie _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9) Tension artérielle (pression) : Haute ___ Basse ___ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10) Rhumes fréquents ou sinusite _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11) Tuberculose ou problèmes pulmonaires _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12) Troubles digestifs _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13) Ulcère de l'estomac _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14) Problèmes de foie (Hépatite : Virus A, B, C, cirrhose, etc.) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15) Troubles du rein _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16) Maladies vénériennes (MTS) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17) Diabète _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18) Troubles thyroïdiens _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19) Maladies de la peau _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>20) Problèmes oculaires (yeux) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21) Arthrite ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>22) Épilepsie ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>23) Troubles nerveux ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>24) Maux de tête fréquents ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>25) Étourdissements, évanouissements ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>26) Maux d'oreilles ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>27) Rhumes des foins ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>28) Asthme ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>29) Fumez-vous?.....#/jours : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>30) Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>31) Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>32) Êtes-vous séro-positif au test du SIDA..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>33) Avez-vous des prothèses articulaires (<i>hanches, genoux</i>)... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>34) Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants :</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;"><b>OUI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NON</b></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;"><b>OUI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NON</b></td> </tr> <tr> <td>Aliments.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sulfamides.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pénicilline.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Codéine.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aspirine.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anesthésie local....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Iode.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autres : _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>35) Avez-vous déjà été hospitalisé(e) et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? – Si oui, lesquelles, quand?<br/>Année : _____<br/>Année : _____<br/>Année : _____</p> <p>36) Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |                          |                      | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |                          |                          | <b>OUI</b> | <b>NON</b> | Aliments..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfamides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pénicilline..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codéine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirine..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anesthésie local.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iode..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>           |                          |                          | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |            |            |               |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                      |                          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |
| Aliments.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Sulfamides.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |            |               |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                      |                          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |
| Pénicilline.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Codéine.....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |            |               |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                      |                          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |
| Aspirine.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Anesthésie local.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |            |               |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                      |                          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |
| Iode.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Autres : _____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |            |               |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |              |                          |                          |                          |                          |               |                          |                          |                      |                          |                          |                          |                          |           |                          |                          |                |                          |                          |                          |                          |



**DOSSIER DENTAIRE**  
**Questionnaire d'inscription confidentiel**

**HISTORIQUE DENTAIRE**

**Dernière visite :** 0 – 6 m  6 – 12 m  + 12 m  \_\_\_\_\_ **Traitements reçus :** \_\_\_\_\_  
**Plainte Principale :** \_\_\_\_\_

*Avez-vous déjà eu des traitements dentaires, tels que :*

**OUI NON**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Démonstration d'hygiène buccale .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Traitement des gencives.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Traitement d'orthodontie.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Traitement de canal .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Obturations .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Couronne(s) et ou pont(s) .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Prothèse complètes et /ou partielles .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Traitement de chirurgie buccale ou extraction ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Implants dentaires .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Radiographies dentaires .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Autres : _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Pensez-vous avoir :*

**OUI NON**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Des problèmes de gencives (sensibilité anormale, saignement) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Des problèmes d'haleine.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Décoloration des dents.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Usure anormale.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Dents mobiles ou déplacées.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Espaces dentaires qui devraient être remplacés.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Des problèmes de ronflement.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Des aliments parfois logés entre vos dents.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Des dents sensibles au froid, chaud, sucre, mastication.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Habitudes dentaires :*

Fréquence du brossage \_\_\_\_\_/jour

Fréquence de la soie dentaire \_\_\_\_\_/jour

*Est-ce qu'une ou plusieurs des raisons suivantes vous ont déjà empêché de recevoir des traitements dentaires :*

**OUI NON**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Peur de la douleur.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Coûts des traitements.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Manque d'intérêt.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Manque de compréhension des traitements proposés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Manque de disponibilité.....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Mauvaise expérience.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Je soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.*

*J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s).*

*On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel(s) auxiliaire(s) y aura(auront) seul(s) accès.*

*On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.*

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_  
(Patient ou Responsable)

**DATE :** \_\_\_\_\_  
                  Jour                    Mois                    Année

**Merci de votre collaboration**

*Je reconnais avoir pris connaissance des réponses aux questions d'introduction et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.*

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_  
(Dentiste Traitant)

**DATE :** \_\_\_\_\_  
                  Jour                    Mois                    Année