

Tél. : (514) 620-7084 Fax : (514) 620-5202 4999 Boul. St-Charles, suite 101, Ste-Geneviève QC H9H 3M8

Nom : _____		Prénom : _____	
Adresse : _____		App : _____	Ville : _____
		Code Postal : _____	
# Tél. Rés. : _____		# Tél. Trav. : _____	
		Cell : _____	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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 : _____

No. Ass. Maladie : _____ - _____ - _____	Mère : _____	Tél. Trav. : _____	Cell : _____
Date d'expiration : _____ / _____	Père : _____	Tél. Trav. : _____	Cell : _____

HISTORIQUE MÉDICALE

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

RÉSERVÉ AU PERSONNEL DENTAIRE – RÉVISION QUESTIONNAIRE MÉDICALE (DATE)



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