

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

<b>Nom :</b> _____		<b>Prénom :</b> _____	
<b>Adresse :</b> _____		<b>App :</b> _____	<b>Ville :</b> _____
		<b>Code Postal :</b> _____	
<b># Tél. Rés. :</b> _____		<b># Tél. Trav. :</b> _____	
		<b>Cell :</b> _____	
<b>Sexe :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<b>Date de Naissance :</b> jour _____ mois _____ Année _____	
<b>Nom de votre employeur :</b> _____		<b>Occupation :</b> _____	
<b>Nom de votre conjoint (e) :</b> _____		<b>Courriel :</b> _____	

<b>Raison de votre visite :</b> _____
<b>Qui vous a référé à notre bureau :</b> _____

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

### HISTORIQUE MÉDICALE

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

**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 :*

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 :*

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 gonflement.....	<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 :*

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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