

Questionnaire médical confidentiel

Renseignements personnels

Nom: Prénom: Sexe: F M
Adresse: Ville: Code postal:
Téléphone domicile: Téléphone travail: Poste:
Cellulaire: Courriel: Date de naissance (JJ/MM/AAAA):
N° d'assurance maladie: Expiration: Année: Mois:
Si vous avez moins de 18 ans, nom du parent/tuteur: Parent ou Tuteur
En cas d'urgence, contacter:
Raison de votre visite: Référé par:

Histoire médicale

Poids: Taille: Êtes-vous présentement suivi par un médecin ? oui non
Si oui, raison:
Nom de votre médecin: Téléphone de votre médecin:
Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? oui non
Si oui, veuillez indiquer lesquels:
Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? oui non Spécifiez:
Des anovulants? oui non Des hormones? oui non Spécifiez:
Avez-vous eu une fluctuation significative de votre masse corporelle dernièrement? oui non
Êtes-vous enceinte? oui non Allaitez-vous? oui non

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hémophilie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Saignements prolongés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sang clair	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Anémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres problèmes sanguins?	<input type="text"/>		
Tension artérielle (pression):	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Haute		
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Spécifiez le trouble digestif:	<input type="text"/>
Ulcères de l'estomac	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Urinez-vous souvent?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Infections transmissibles sexuellement (ITS)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Maladies cutanées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problèmes oculaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Arthrite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prenez-vous des biphosphonates?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles nerveux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Spécifiez la maladie:	<input type="text"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhume des foins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Asthme oui non Êtes-vous fumeur? oui non occasionnel
 Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie? oui non Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)? oui non
 Êtes-vous séropositif? oui non Avez-vous des prothèses articulaires? oui non
 Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez? oui non

Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un de ces produits:

Aliments oui non Latex oui non Pénicilline oui non
 Aspirine oui non Iode oui non Sulfamides oui non
 Codéine oui non Anesthésie locale oui non Autres antibiotiques oui non

Autres. Spécifiez:

Consommez-vous des drogues? oui non
 Consommez-vous de l'alcool? peu ou pas modérément beaucoup
 Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? oui non
 Si oui, lesquelles et quand?

Craignez-vous les traitements dentaires? oui non
 Souhaitez-vous discuter de votre état de santé en privé avec votre dentiste? oui non
 Commentaires:

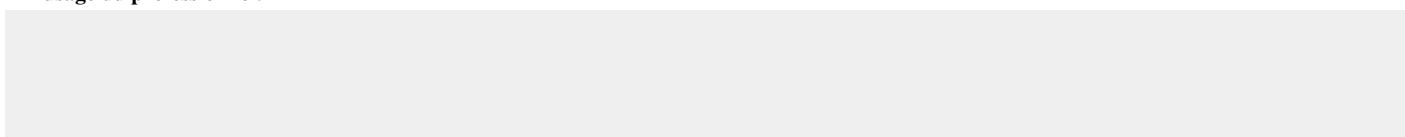
Histoire dentaire

Dernière visite chez le dentiste: 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois
 Traitements reçus:

Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants?

Démonstration d'hygiène buccale oui non Traitement des gencives oui non
 Traitement d'orthodontie (broches) oui non Traitement de canal oui non
 Obturations (réparations) oui non Couronne(s) ou pont(s) oui non
 Prothèses complètes ou partielles oui non Traitement de chirurgie buccale ou extraction oui non
 Implants dentaires oui non Radiographies dentaires oui non
 Autres oui non

À l'usage du professionnel:



RÉSERVÉ AU DENTISTE

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature: _____ Date: _____

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire 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 dentaires, 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) dentistes(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (seront) 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: _____ Date: _____