

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : No : _____ Rue : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. : dom. : _____ Trav. : _____ Cell. : _____

Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____ Courriel : _____

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent ou du tuteur :

Monsieur Madame _____

En cas d'urgence, contacter : _____

Raison de la visite : _____ Adressé par : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non		Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Troubler thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, raison: _____			20. Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			21. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			22. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			23. Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Prenez-vous des bisphosphonates ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom du médecin: _____			24. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél.: _____ Poste: _____			25. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Maladies psychiatriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des 6 derniers mois ?			Spécifiez : _____		
Si oui, lesquels : _____			27. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			28. Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			29. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			30. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez: _____			32. Fumez-vous ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou		
-des hormones ? Spécifiez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chimiothérapie (tumeur) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Êtes-vous atteint du sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Êtes-vous séropositif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitez-vous ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:			37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
7. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.1 Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problèmes sanguins:			38.2 Aliments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.3 Iode.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.4 Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Sang clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.5 Sulfamides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.6 Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Autres: Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.7 Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tension artérielle (pression): haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.8 Autre antibiotiques....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.9 Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.10 Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs : Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez: _____		
13. Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
14. Problèmes du foie (hépatite: virus A, B, C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Consommez-vous des drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trouble du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Consommez-vous de l'alcool ?		
16. Urinez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/>		
17. Infections transmissibles sexuellement (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions		
18. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chirurgicales autre que dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Si oui, lesquelles et quand: _____		
			_____ Date: _____		
			_____ Date: _____		
			_____ Date: _____		
			42. Craignez-vous les traitements dentaires ?		
			Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>		
			43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
			Remarque: _____		

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS:

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernières visite: 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Traitement reçus: _____

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:

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

À REMPLIR PAR LE PATIENT

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 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 auxiliaire 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: _____ Date: _____
Patient ou responsable

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: _____
Dentiste traitant