

Sexe: M F Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____ App. : _____ Ville : _____ Province : _____

Code postal: _____ Domicile : (____) _____ Travail : (____) _____ Cellulaire : (____) _____

Courriel: _____ Numéro Assurance Maladie: _____ Exp. : _____

Date de naissance: Jour: _____ Mois : _____ Année : _____ Responsable financier, si applicable: _____

Comment avez-vous entendu parler de nous? En passant Internet Publicité Pages jaunes / Canda 411

Famille ou Ami: S'il vous plaît nous indiquer leur nom afin que nous puissions les remercier: _____

Y-a-t'il d'autres membres de votre famille qui viennent à notre clinique? Veuillez s'il vous plaît indiquer leurs noms _____

AVEZ-VOUS DE L'ASSURANCE POUR LES SOINS DENTAIRES? OUI NON Si oui, s'il vous plaît présenter votre carte à notre secrétaire.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- | | OUI | NON | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Problèmes aux yeux (ex: Glucome) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, le(s)quel(s) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Ostéoporose Bisphosphonates <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nom : _____ | | | 16. Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nom : _____ | | | 17. Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Troubles nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, le(s)quel(s) : | | | 19. Maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LISTE DE MÉDICAMENTS: | | | 20. Étourdissements, évanouissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 21. Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 22. Rhume des foins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 23. Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 24. Tabac <input type="checkbox"/> , Alcool <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Si l'espace est insuffisant, veuillez svp demander une autre feuille</u> | | | 25. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous eu un changement de poids marqué récemment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Êtes-vous atteint du sida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Êtes-vous séropositif (au test du sida) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Avez-vous des prothèses articulaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de : | | | Si oui, veuillez indiquer l'année de l'opération : _____ | | |
| 6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vous avez peut-être besoin d'antibiotiques avant le rendez-vous | | |
| Vous avez peut-être besoin d'antibiotiques avant le rendez-vous | | | 29. Avez-vous déjà eu une réaction (allergie ou intolérance) aux produits suivants : | | |
| 7. Fièvre rhumatismale, endocardite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | OUI | NON |
| 8. Saignements prolongés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aliments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problèmes de tension artérielle (pression) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pénicilline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui : Haute <input type="checkbox"/> ou Basse <input type="checkbox"/> Contrôlée <input type="checkbox"/> ou Instable <input type="checkbox"/> | | | Latex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rhumes fréquents ou sinusite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : _____ | | |
| 12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 13. Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

	OUI	NON		OUI	NON
30. Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui lesquelles et quand? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Problèmes du foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
32. Trouble des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
33. Maladie transmises sexuellement (MTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Voulez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Diabète Si oui : Insuline <input type="checkbox"/> ou Type II <input type="checkbox"/> Spécifiez : Contrôlé <input type="checkbox"/> ou Instable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine, tatouage, piercing ou des traitements d'acupuncture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Trouble thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Avez-vous déjà reçu des soins d'ordre psychique ou psychologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Prenez-vous des drogues récréatives à l'occasion? (Si oui, les produits anesthésiques peuvent présenter un risque sérieux pour votre santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

DERNIERE VISITE: 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Traitements 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"/>	6. Couronne(s) et/ou ponts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traitement des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Prothèses complètes et/ou partielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Traitement de canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Implants dentaires		
5. Obstructions/plombage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Radiographies dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres: _____					

DÉCLARATION DU PATIENT

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire 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, de son suivi ainsi que de mon inscription sur la liste de rappel de la clinique. On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentistes 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 du patient ou de la personne responsable: _____ Date: _____

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: _____

Un nouveau questionnaire médico-dentaire doit obligatoirement être rempli à chaque 5 ans.

Merci de votre coopération! Votre santé nous tient à cœur!