

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL
(SVP, écrire en lettres moulées)

Sexe : M F

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____ App. : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. dom. : () _____ Trav. : () _____ Poste : _____

Cellulaire : () _____

Courriel : _____

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

Tuteur : _____

N° ass. maladie : _____ Date d'expiration : _____

Raison de la visite : _____

Assurance : Oui Non

Compagnie : _____

Aide sociale : Oui Non

Dentiste traitant :

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

Référé(e) par : Annuaire Internet Info Santé Ami(e) Dentiste traitant

Patient(e) de la clinique (ici) _____ Autre _____

Je consens à ce que le dentiste et son personnel communiquent avec d'autres professionnels de la santé concernant des renseignements pertinents reliés à mon dossier et ce, par téléphone, par fax, par la poste ou par courriel.

Signature : _____ Date : _____
Patient ou responsable

SVP, complétez le verso →→→→→

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

<p>1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?..... Si oui : _____ Nom : _____ Année du dernier bilan complet _____ Tél. : _____ Raison : _____</p> <p>2. Médicaments actuels ou pris au cours des 6 derniers mois?</p> <p>Si oui, lesquels : _____</p> <p>3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement?.....</p> <p>4. Êtes-vous enceinte / allaitez-vous?.....</p> <p>5. Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ou hormones?.....</p> <p>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</p> <p>6. Conditions cardiaques (infarctus, angine, chirurgie, souffle, infection au cœur (endocardite), chirurgie pour poser/réparer valve)..... Chirurgies _____</p> <p>7. Problèmes sanguins (Saignements prolongés, anémie, hémophilie).....</p> <p>8. Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>.....</p> <p>9. Cancer (tumeur) présent ou passé (précisez : _____) Radiothérapie <input type="checkbox"/> Zone et fin des traitements _____ Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Fin des traitements _____</p> <p>10. Rhume des fous / allergies saisonnières.....</p> <p>11. Diabète.....</p> <p>12. Troubles thyroïdiens.....</p> <p>13. Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....</p> <p>14. Asthme.....</p> <p>15. Troubles ou maladies du système digestif.....</p> <p>16. Histoire passée ou actuelle d'ulcère de l'estomac, reflux.....</p> <p>17. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.).....</p> <p>18. Troubles du rein.....</p> <p>19. Êtes-vous atteint du SIDA ou séropositif (VIH+)?.....</p> <p>20. Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Précisez _____</p> <p>21. Troubles ou maladies du système nerveux / Épilepsie.....</p> <p>22. Troubles ou maladies psychiatriques.....</p> <p>23. Maladies de la peau.....</p> <p>24. Maux de têtes fréquents.....</p> <p>25. Problèmes oculaires (yeux).....</p> <p>26. Arthrite.....</p> <p>27. Ostéoporose..... Traitement par comprimé <input type="checkbox"/> ou injections <input type="checkbox"/> depuis _____</p>	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Oui</td> <td style="width: 10%;">Non</td> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 10%;">Oui</td> <td style="width: 10%;">Non</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>28. Maux d'oreilles.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>29. Rhumes fréquents ou sinusite.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>30. Sécheresse de la bouche.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>31. Douleur à l'articulation de la mâchoire.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>32. Étourdissements, événouissements.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>33. Douleur chronique.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>34. Ronflez-vous?.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>35. Apnée du sommeil.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Traitement? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>36. Fumez-vous? _____ cigs/jours depuis _____ années.... ou ex-fumeur <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>37. Consommez-vous de l'alcool? Fréquence : _____ verres / jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois ou ex-alcoolique <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>38. Consommez-vous de la méthadone?.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>39. Consommez-vous des drogues? Spécifiez : _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>40. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc)... 41. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">Oui Non</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfamides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésie locale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Spécifiez : _____ Autres (aliments): _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">42. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?..... Si oui, lesquelles et quand : _____ date _____ _____ date _____ _____ date _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?..... 44. Craignez-vous les traitements dentaires? Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Remarque ou autre condition de santé: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">À L'USAGE DU PROFESSIONNEL</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">PRÉCAUTIONS : _____</td> </tr> </table>	Oui	Non		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Sécheresse de la bouche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Douleur à l'articulation de la mâchoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Étourdissements, événouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Douleur chronique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Ronflez-vous?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Apnée du sommeil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement? _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Fumez-vous? _____ cigs/jours depuis _____ années.... ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>	37. Consommez-vous de l'alcool? Fréquence : _____ verres / jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois ou ex-alcoolique <input type="checkbox"/>	38. Consommez-vous de la méthadone?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Consommez-vous des drogues? Spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc)... 41. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui Non					Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Aspirine <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"/>					Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésie locale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Spécifiez : _____ Autres (aliments): _____					42. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?..... Si oui, lesquelles et quand : _____ date _____ _____ date _____ _____ date _____					43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?..... 44. Craignez-vous les traitements dentaires? Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Remarque ou autre condition de santé: _____					À L'USAGE DU PROFESSIONNEL					PRÉCAUTIONS : _____												
Oui	Non		Oui	Non																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Sécheresse de la bouche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Douleur à l'articulation de la mâchoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Étourdissements, événouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Douleur chronique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Ronflez-vous?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Apnée du sommeil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
Traitement? _____																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Fumez-vous? _____ cigs/jours depuis _____ années.... ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Consommez-vous de l'alcool? Fréquence : _____ verres / jour <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois ou ex-alcoolique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Consommez-vous de la méthadone?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Consommez-vous des drogues? Spécifiez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc)... 41. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																										
Oui Non																																																																																																																														
Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																														
Aspirine <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"/>																																																																																																																														
Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésie locale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																														
Spécifiez : _____ Autres (aliments): _____																																																																																																																														
42. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?..... Si oui, lesquelles et quand : _____ date _____ _____ date _____ _____ date _____																																																																																																																														
43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?..... 44. Craignez-vous les traitements dentaires? Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Remarque ou autre condition de santé: _____																																																																																																																														
À L'USAGE DU PROFESSIONNEL																																																																																																																														
PRÉCAUTIONS : _____																																																																																																																														

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

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

Traitements reçus :

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :

1. Traitement des gencives (parodontie).....
2. Traitement d'orthodontie.....
3. Obturations (plombages) ou traitement de canal).....

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 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.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Oui | Non | | Oui | Non |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Couronne(s) et/ou ponts..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Traitement de chirurgie buccale ou extractions..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Implants dentaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Radiographies dentaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RÉSERVÉ AU DENTISTE

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

Signature : _____ Date : _____
 Patient ou responsable

Signature : _____ Date : _____
 Dentiste traitant