

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

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

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 :

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Traitement des gencives (parodontie)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Couronne(s) et/ou ponts..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement d'orthodontie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Traitement de chirurgie buccale ou extractions..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Obturations (plombages) ou traitement de canal)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Implants dentaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 7. Radiographies dentaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

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 : _____
Patient ou responsable

Signature : _____ Date : _____
Dentiste traitant