



Questionnaire médico-dentaire (confidentiel)

Nom du patient(e) : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____ Ville : _____

Code postale : _____ Vous être référé à notre clinique par : _____

Téléphone maison : () _____ Téléphone cellulaire : () _____

Occupation : _____ Sexe : M ___ F ___

Courriel : _____ Contact d'urgence : () _____

No d'ass. maladie : _____ expiration : ___/___.

Date de naissance :		
A	M	J

Patient bénéficiaire de l'aide sociale Oui : _____ Non : _____

Possédez-vous une assurance dentaire Oui : _____ Non : _____ Numéro de police : _____ Numéro d'identification : _____ Nom de la compagnie : _____

Dans votre propre intérêt, il est nécessaire de répondre à toutes les questions suivantes pour que nous puissions, avant tout traitement, recueillir l'information essentielle à l'orientation de l'examen clinique et radiologique, à l'obtention du diagnostic, à l'établissement des précautions opératoires et enfin à l'élaboration du plan de traitement.

Si vous ne comprenez pas certaines questions, n'hésitez pas à demander des explications.

HISTORIQUE MÉDICALE :	OUI	NON
Ronflez-vous? _____	—	—
Avez-vous des problèmes de santé? : _____	—	—
Êtes-vous sous les soins d'un médecin présentement? : _____	—	—
Si oui, précisez : _____		
Prenez-vous des médicaments présentement ou depuis les 12 derniers mois (en comprimé et/ou en injection)? : _____	—	—
Si oui, lesquels : _____		
Date de votre dernier examen médical de routine : _____		
Nom de votre médecin : _____ Tel : _____		

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT DE

	OUI	NON		OUI	NON
Apnée du sommeil (<input type="checkbox"/> CPAP ou <input type="checkbox"/> appareil d'avancement mandibulaire) :	—	—	Maux de gorge prolongés	—	—
Allergie (médicamenteuses ou autres) ou latex :	—	—	Trouble digestifs :	—	—
Troubles digestifs :	—	—	Perte de conscience :	—	—
Endocardite (fièvre rhumatismale) :	—	—	Maux d'oreilles (otites, oreillons) :	—	—
Insuffisance coronarienne (angine) :	—	—	Maux de tête fréquents :	—	—
Haute pression ___ Basse pression ___	—	—	Difficulté à respirer par le nez :	—	—
Enflure des jambes, des chevilles, de l'abdomen :	—	—	Saignement prolongé :	—	—
Artériosclérose :	—	—	Hémophilie :	—	—
Asthme :	—	—	Diabète :	—	—
			Mononucléose :	—	—

	OUI	NON		OUI	NON
Tuberculose :	—	—	Autres problèmes pulmonaires :	—	—
Troubles rénaux (reins) :	—	—	Anémie :	—	—
Troubles du foie (hépatite __, cirrhose __) :	—	—	Maladies transmises sexuellement (MTS) :	—	—
Troubles nerveux :	—	—	Syndrome d'immuno- déficience acquise :	—	—
Maladie de la peau :	—	—	Arthrite, Arthrose :	—	—
Épilepsie :	—	—	Rhumes fréquents (ou sinusite) :	—	—
Troubles thyroïdiens (glande thyroïde) :	—	—	Autres maladies non mentionnées :	—	—
Problèmes oculaires (glaucome __) :	—	—	Transfusions sanguines :	—	—

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

	OUI	NON
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie (tumeur) : _____	—	—
Fumez-vous? _____	—	—
Consommez-vous des drogues? _____	—	—
Êtes-vous enceinte? Si oui, nombres de mois : _____	—	—
Êtes-vous dans la ménopause? _____	—	—

HISTOIRE DENTAIRE :

Quel est le motif de votre visite aujourd'hui : _____
Date de votre dernière visite chez le dentiste : _____
Nom de votre dentiste précédent : _____
Date des dernières radiographies dentaires : _____
Ressentez-vous de la douleur présentement sur vos dents : _____
Si oui, de quel ordre : Froid ___ Chaud ___ Sucre ___ Pression ___ Continuellement ___
Est-ce qu'il vous arrive de grincer des dents? _____
Est-ce qu'à votre réveil vos mâchoires sont sensibles? _____
Avez-vous subi des blessures ou une opération à la mâchoire? _____
Avez-vous déjà porté des broches (orthodontie)? _____
Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine? _____
Éprouvez-vous de la sécheresse dans la bouche? _____
Vos gencives saignent-elles? _____
Sont-elles sensibles ou irritées? _____
Est-ce que les aliments demeurent fréquemment coincés entre les dents? _____

Si vous n'avez pas visité votre dentiste régulièrement jusqu'à maintenant, cochez le principal motif :

Peur de la douleur : Coût des traitements :
Manque d'intérêt : Non disponible, obligations nombreuses :

J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitement et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du(des) dentiste(s) traitant(S).

On m'a informé(e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le(s) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès.

On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire présent au meilleur de ma connaissance. De plus, je reconnais l'importance de renseigner mon dentiste traitant sur tout changement futur concernant mon état de santé et les médicaments consommés.

IMPORTANT : Vous devez nous aviser de tout changement de votre état de santé.

Signature du patient ou du responsable : _____ Date : ___ / ___ / ___.