

## Questionnaire médical confidentiel

### Renseignements personnels

Nom: Prénom: Sexe: F M  
Adresse: Ville: Code postal:  
Téléphone domicile: Téléphone travail: Poste:  
Cellulaire: Courriel: Date de naissance (JJ/MM/AAAA):  
N° d'assurance maladie: Expiration: Année: Mois:  
N° d'assurance sociale (facultatif):  
Si vous avez moins de 18 ans, nom du parent/tuteur: Parent ou Tuteur

En cas d'urgence, contacter:

Raison de votre visite: Référé par:

### Histoire médicale

Poids: Taille: Êtes-vous présentement suivi par un médecin ? oui non

Si oui, raison:

Nom de votre médecin: Téléphone de votre médecin:

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? oui non

Si oui, veuillez indiquer lesquels:

Des anovulants? oui non Des hormones? oui non Spécifiez:

Êtes-vous enceinte? oui non Allaitiez-vous? oui non

### Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaques oui non Fièvre rhumatismale oui non

Hémophilie oui non Saignements prolongés oui non

Sang clair oui non Anémie oui non

Autres problèmes sanguins?

Tension artérielle (pression): Normale Basse Haute

Rhumes fréquents ou sinusite oui non Tuberculose ou problèmes pulmonaires oui non

Troubles digestifs oui non Spécifiez le trouble digestif:

Ulcères de l'estomac oui non Problèmes de foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose) oui non

Troubles rénaux oui non Urinez-vous souvent? oui non

Infections transmissibles sexuellement (ITS) oui non Diabète oui non

Troubles thyroïdiens oui non Maladies cutanées oui non

Problèmes oculaires oui non Arthrite oui non

Ostéoporose oui non Prenez-vous des biphosphonates? oui non

Épilepsie oui non Troubles nerveux oui non

Maladies psychiatriques oui non Spécifiez la maladie:

Maux de tête fréquents oui non Étourdissements, évanouissements oui non

Maux d'oreilles oui non Rhume des foins oui non

Asthme oui non Êtes-vous fumeur? oui non occasionnel

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie?	oui	non	Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)?	oui	non
Êtes-vous séropositif?	oui	non	Avez-vous des prothèses articulaires?	oui	non
Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez?	oui	non			

**Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un de ces produits:**

Aliments	oui	non	Latex	oui	non	Pénicilline	oui	non
Aspirine	oui	non	Iode	oui	non	Sulfamides	oui	non
Codéine	oui	non	Anesthésie locale	oui	non	Autres antibiotiques	oui	non

Autres. Spécifiez:

Consommez-vous des drogues?    oui    non

Consommez-vous de l'alcool?    peu ou pas    modérément    beaucoup

Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?    oui    non

Si oui, lesquelles et quand?

Craignez-vous les traitements dentaires?    oui    non

Souhaitez-vous discuter de votre état de santé en privé avec votre dentiste?    oui    non

Commentaires:

**Histoire dentaire**

Dernière visite chez le dentiste:    0-6 mois    6-12 mois    + de 12 mois

Traitements reçus:

**Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants?**

Démonstration d'hygiène buccale	oui	non	Traitement des gencives	oui	non
Traitement d'orthodontie (broches)	oui	non	Traitement de canal	oui	non
Obturations (réparations)	oui	non	Couronne(s) ou pont(s)	oui	non
Prothèses complètes ou partielles	oui	non	Traitement de chirurgie buccale ou extraction	oui	non
Implants dentaires	oui	non	Radiographies dentaires	oui	non
Autres	oui	non			

**À l'usage du professionnel:**

Aidez-nous à mieux vous connaître:

**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: \_\_\_\_\_

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 dentaires, 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) dentistes(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (seront) 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: \_\_\_\_\_