

QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

L'information contenue au questionnaire médicodentaire est nécessaire à la prestation de soins dentaires. Votre dossier dentaire est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé à la clinique et seuls le dentiste et le personnel autorisé peuvent le consulter et y faire des inscriptions.

Renseignements personnels

Prénom _____
 Nom _____
 Genre F M X
 Date de naissance _____ AA/MM/JJ
 Num. d'ass. maladie _____ Expiration AA/MM
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____

Coordonnées

Tél. domicile _____
 Tél. travail _____
 Tél. cell. _____
 Courriel _____
 En cas d'urgence, appeler :
 Nom _____
 Lien avec patient _____
 Tél. principal _____
 Tél. cell. _____

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui _____
 Craignez-vous les traitements dentaires?
 Pas du tout Un peu Beaucoup
 Précisez _____

Dernière visite 0 – 6 mois 6 – 12 mois + de 12 mois
 Traitement(s) reçu(s) _____ Oui Non
 Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)?
 Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

Précautions opératoires - À l'usage du professionnel

Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ
 Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ
 Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ
 Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ

Antécédents médicaux

- | | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Êtes-vous enceinte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Allaitiez-vous? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Prenez-vous des médicaments? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Prenez-vous des anovulants <input type="radio"/> ou hormones <input type="radio"/> ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Raison, détails et date

Spécifiez _____

Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois

Médicament et raison	Médicament et raison

