



QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Renseignements personnels et coordonnées

PRÉNOM _____
NOM _____
ADRESSE _____
VILLE _____ PROVINCE _____
CODE POSTAL _____ OCCUPATION _____
TÉL. DOMICILE _____ CELL. _____
TÉL. TRAVAIL _____ POSTE _____
COURRIEL _____
RÉFÉRÉ PAR: INTERNET PAGES JAUNES (PAPIER) FACEBOOK EN PASSANT
CONNAISSANCE: AUTRE :

DATE / /

SEXE M F DATE DE NAISSANCE / /
NO D'ASS. MALADIE EXP. /
NOM DE VOTRE ASSURANCE DENTAIRE
NOM DE VOTRE PÈRE
NOM DE VOTRE MÈRE

En cas d'urgence, prendre contact avec

NOM
LIEN AVEC VOUS
TÉL. PRINCIPAL TÉL. CELLULAIRE

Informations dentaires

RAISON DE LA VISITE AU JOUR D'HUI
CRAIGNEZ-VOUS LES TRAITEMENTS DENTAIRES?
Pas du tout Un peu Beaucoup
Précisez:
DERNIÈRE VISITE 0-6 MOIS 6-12 MOIS + DE 12 MOIS

NOM DE VOTRE DENTISTE PRÉCÉDENT
COORDONNÉES
TRAITEMENTS REÇUS
Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)
Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)

Précautions opératoires et notes particulières (section réservée au dentiste)

Historique médical (faire un X ou un ✓ dans oui ou non)

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE:
Allergie ou intolérance à des produits
Latex Aspirine Codéine Sulfamidés
Pénicilline Autres antibiotiques Anesthésiques Aliments
Gluten Lactose Produits contenant de l'iode
Autres:
Problèmes cardiaques
Infarctus (date:)
Angine Chirurgie cardiaque Maladie congénitale
Pacemaker Infection du cœur (endocardite) Tachycardie
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule
Tension artérielle (pression)
Haute pression Basse pression
Problèmes de cholestérol
Diabète
Contrôlé Non contrôlé Type 1 (injection) Type 2
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)
Ostéoporose
Prévention ou traitement avec des comprimés
Injection annuelle ou mensuelle
Arthrite
Problèmes de foie
Hépatite A Hépatite B Hépatite C Cirrhose
Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)
Sida Séropositif Autres:
Troubles du rein
Greffe Insuffisance rénale
Troubles ou maladies du système digestif
Maladie de Crohn Cœlon irritable Ulcère d'estomac
Reflux gastrique Autres:
Troubles thyroïdiens (glande thyroïde)
Hypothyroïdie Hyperthyroïdie
Cancer (tumeur). Précisez:
Radiothérapie Chimiothérapie

Problèmes pulmonaires ou respiratoires
Apnée du sommeil Tuberculose Asthme Ronflement
CPAP (appareil pour apnée du sommeil)
Troubles ou maladies du système nerveux
Alzheimer Anxiété Stress Parkinson
Troubles psychiatriques (bipolaire, schizophrène, dépression, etc.)
Épilepsie
Douleurs chroniques ou maladie chronique
Douleurs à l'articulation de la mâchoire
Sécheresse de la bouche
Étourdissements
Évanouissements
Maux de tête fréquents
Rhumes fréquents ou sinusites
Rhume des foins ou allergies saisonnières
Maladies de peau
Acné Psoriasis Zona Eczema
Problèmes oculaires
Glaucome ouvert Glaucome fermé Lunettes Cataractes
Myopie Presbytie
Maux d'oreilles
Otitites Acouphènes Surdité Labyrinthite
Prothèses auditives
AUTRES
Fumez-vous? Oui Non Quantité par jour:
Avez-vous déjà fumé? Oui Non
Consommez-vous de l'alcool? Oui Non Quantité par semaine:
Consommez-vous du cannabis? Oui Non Quantité par semaine:
Consommez-vous des drogues? Oui Non Quantité par semaine:
Prenez-vous de la méthadone? Oui Non

AUTRES CONDITIONS MÉDICALES À MENTIONNER

Antécédents médicaux

CETTE SITUATION S'APPLIQUE-T-ELLE À VOUS ?

OUI
NON

Vous êtes suivi par un médecin de famille OUI NON

Nom du médecin : _____

Vous êtes suivi par un spécialiste OUI NON

Nom du spécialiste : _____

Vous avez déjà été opéré ou hospitalisé OUI NON

Raison : _____

Vous avez des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) OUI NON

Précisez : _____

Vous souhaitez discuter en privé avec votre dentiste de votre condition médicale OUI NON

Raison : _____

Vous avez pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement OUI NON

Vous êtes enceinte OUI NON

Vous allaitez OUI NON

Vous prenez des anovulants OUI NON

Vous prenez des hormones OUI NON

Vous prenez des produits naturels ou homéopathiques OUI NON

Vous prenez des médicaments OUI NON

INDIQUEZ TOUS LES MÉDICAMENTS (INCLUANT ANOVULANTS, HORMONES ET PRODUITS NATURELS) PRIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS :

Médicament: _____ Raison: _____

Historique dentaire

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES TRAITEMENTS DENTAIRES TELS QUE :

Démonstration d'hygiène buccale (brossage des dents) OUI NON

Traitement des gencives (périodontite) OUI NON

Traitement d'orthodontie (broches) OUI NON

Traitement de canal OUI NON

Obturation (plombage) OUI NON

Couronne et/ou pont OUI NON

Prothèse complète et/ou partielle (dentier) OUI NON

Traitement de chirurgie buccale ou extraction (dent de sagesse) OUI NON

Implant dentaire OUI NON

Traitement de l'articulation (ATM) OUI NON

Autres : _____

Consentement

CONSENTEMENT À COMMUNIQUER AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (MÉDECIN, PHARMACIEN, SPÉCIALISTE, ETC.)

Nom de votre pharmacie : _____ Adresse : _____ Tél. _____

Nom de votre cardiologue : _____ Adresse : _____ Tél. _____

Nom de votre oncologue : _____ Adresse : _____ Tél. _____

Nom de votre spécialiste : _____ Adresse : _____ Tél. _____

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

INITIALES DU DENTISTE TRAITANT

SIGNATURE DU PATIENT OU RESPONSABLE

_____/_____/_____
DATE

Attestation

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués. Il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification. J'atteste avoir rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

NOM EN LETTRES MOULÉES _____ Patient Parent/tuteur (si moins de 14 ans)

SIGNATURE DU PATIENT OU RESPONSABLE

_____/_____/_____
DATE

Autre Mandataire/responsable

J'ai révisé le questionnaire et fait part de tous les changements.

SIGNATURE

_____/_____/_____
DATE

SIGNATURE

_____/_____/_____
DATE