



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 JOUR MOIS ANNÉE, 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 JOURD'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

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE: Problèmes sanguins, Conditions cardiaques, Infarctus, Angine, Chirurgie cardiaque, Maladie congénitale, Pacemaker, Infection du cœur, Tachycardie, Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule, Tension artérielle, Haute pression, Basse pression, Problèmes de cholestérol, Diabète, Contrôlé, Non contrôlé, Type 1, Type 2, Étourdissements, Évanouissements, Maux de tête fréquents, Problèmes de foie, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Cirrhose, Troubles ou maladies du système digestif, Maladie de Crohn, Côlon irritable, Ulcère d'estomac, Reflux gastrique, Autres, Troubles du rein, Troubles thyroïdiens, Hypothyroïdie, Hyperthyroïdie, Cancer (tumeur), Précisez: Radiothérapie, Chimiothérapie, Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), Sida, Séropositif, Autres, Douleurs à l'articulation de la mâchoire, Sécheresse de la bouche, Maladies de peau, Acné, Psoriasis, Zona, Eczema

Problèmes oculaires, Glaucome ouvert, Glaucome fermé, Lunettes, Cataractes, Maux d'oreilles, Otites, Acouphènes, Surdité, Labyrinthite, Prothèses auditives, Arthrite, Ostéoporose, Prévention ou traitement avec des comprimés, Injection annuelle ou mensuelle, Douleurs chroniques, Épilepsie, Troubles ou maladies du système nerveux, Alzheimer, Anxiété, Stress, Parkinson, Troubles psychiatriques (bipolaire, schizophrène, dépression, etc.), Rhumes fréquents ou sinusites, Problèmes pulmonaires ou respiratoires, Apnée du sommeil, Tuberculose, Asthme, Ronflement, Rhume des foins ou allergies saisonnières, Allergie ou intolérance à des produits, Latex, Aspirine, Codéine, Sulfamidés, Péniciline, Autres antibiotiques, Anesthésiques, Aliments, Gluten, Lactose, Produits contenant de l'iode, Autres, AUTRES ASPECTS, Fumez-vous?, Avez-vous déjà fumé?, Consommez-vous de l'alcool?, Consommez-vous des drogues?, Prenez-vous de la méthadone?, Quantité par jour, Quantité par semaine

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

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: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

Médicament: \_\_\_\_\_ Raison: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE