



QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Renseignements personnels et coordonnées

DATE / /

PRÉNOM _____

SEXE M F

DATE DE NAISSANCE / /

NOM _____

NO D'ASS. MALADIE _____ EXP. / /

ADRESSE _____

NOM DE VOTRE ASSURANCE DENTAIRE _____

VILLE _____ PROVINCE _____

NOM DE VOTRE PÈRE _____

CODE POSTAL _____ OCCUPATION _____

NOM DE VOTRE MÈRE _____

TÉL. DOMICILE _____ CELL. _____

En cas d'urgence, prendre contact avec

TÉL. TRAVAIL _____ POSTE _____

NOM _____

COURRIEL _____

LIEN AVEC VOUS _____

RÉFÉRÉ PAR: INTERNET PAGES JAUNES (PAPIER) FACEBOOK EN PASSANT CONNAISSANCE: _____ AUTRE: _____

TÉL. PRINCIPAL _____ TÉL. CELLULAIRE _____

Informations dentaires

RAISON DE LA VISITE AU JOURD'HUI _____

NOM DE VOTRE DENTISTE PRÉCÉDENT _____

CRAIGNEZ-VOUS LES TRAITEMENTS DENTAIRES?

Pas du tout Un peu Beaucoup

Précisez: _____

COORDONNÉES _____

DERNIÈRE VISITE 0-6 MOIS 6-12 MOIS + DE 12 MOIS

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 (cochez individuellement tout ce qui s'applique à vous)

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE: OUI NON

Allergie ou intolérance à des produits _____

Problèmes pulmonaires ou respiratoires _____

- Latex Aspirine Codéine Sulfamidés
 Péniciline Autres antibiotiques Anesthésiques Aliments
 Gluten Lactose Produits contenant de l'iode
 Autres: _____

- Apnée du sommeil Tuberculose Asthme Ronflement
 CPAP (appareil pour apnée du sommeil)

Problèmes cardiaques _____

Troubles ou maladies du système nerveux _____

- Infarctus (date: _____)
 Angine Chirurgie cardiaque Maladie congénitale
 Pacemaker Infection du cœur (endocardite) Tachycardie
 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule

Alzheimer Anxiété Stress Parkinson

Tension artérielle (pression) _____

Troubles psychiatriques (bipolaire, schizophrène, dépression, etc.) _____

- Haute pression Basse pression

Épilepsie _____

Problèmes de cholestérol _____

Douleurs chroniques ou maladie chronique _____

- Contrôlé Non contrôlé Type 1 (injection) Type 2

Douleurs à l'articulation de la mâchoire _____

Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) _____

Sécheresse de la bouche _____

Ostéoporose _____

Étourdissements _____

- Prévention ou traitement avec des comprimés
 Injection annuelle ou mensuelle

Évanouissements _____

Arthrite _____

Maux de tête fréquents _____

- Hépatite A Hépatite B Hépatite C Cirrhose

Rhumes fréquents ou sinusites _____

Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) _____

Rhume des foins ou allergies saisonnières _____

- Sida Séropositif Autres: _____

Maladies de peau _____

Troubles du rein _____

Problèmes oculaires _____

- Maladie de Crohn Côlon irritable Ulcère d'estomac
 Reflux gastrique Autres: _____

Acné Psoriasis Zona Eczema

Troubles thyroïdiens (glande thyroïde) _____

Glaucome ouvert Glaucome fermé Lunettes Cataractes

- Hypothyroïdie Hyperthyroïdie

Maux d'oreilles _____

Cancer (tumeur) _____

Otites Acouphènes Surdité Labyrinthite

Précisez: _____

Prothèses auditives

- Radiothérapie Chimiothérapie

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: _____

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