



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

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, Avec radiographies dentaires intra-orales)

Précautions opératoires et notes particulières (section réservée au dentiste)

Historique médical

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE: Problèmes sanguins, Conditions cardiaques, Tension artérielle, Problèmes de cholestérol, Diabète, Étourdissements, Évanouissements, Maux de tête fréquents, Problèmes de foie, Troubles ou maladies du système digestif, Troubles du rein, Troubles thyroïdiens, Cancer (tumeur), Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), Douleurs à l'articulation de la mâchoire, Sécheresse de la bouche, Maladies de peau

Problèmes oculaires, Maux d'oreilles, Arthrite, Ostéoporose, Douleurs chroniques, Épilepsie, Troubles ou maladies du système nerveux, Rhumes fréquents ou sinusites, Problèmes pulmonaires ou respiratoires, Rhume des foins ou allergies saisonnières, Allergie ou intolérance à des produits, AUTRES ASPECTS (Fumez-vous, Avez-vous déjà fumé, Consommez-vous de l'alcool, Consommez-vous des drogues, Prenez-vous de la méthadone)

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