

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F

Date de

naissance : J : _____ M : _____ A : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Poids : _____ Taille : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Tél. rés. : _____ Cell. : _____

N° ass. maladie : _____ Date d'expiration : _____ Tél. trav. : _____ Poste : _____

Tuteur : _____ Assurance dentaire : _____ Courriel : _____

Référé(e) par : _____ Raison de la visite : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non		Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :			27. Ostéoporose et/ou biphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom : _____ Prénom : _____			28. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél : _____ Poste : _____			29. Rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raisons ou détails : _____			30. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prenez-vous (présentement) des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?			32. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels : _____			et/ou de chimiothérapie (tumeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Êtes-vous séropositif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Avez-vous déjà eu une réaction aux produits suivants :		
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :				Oui	Non
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____		
10. Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rhumes fréquents ou sinusites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres : _____		
12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chirurgicales autres que dentaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles et quand :		
15. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
16. Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
17. Infections transmises sexuellement (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
18. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
19. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
20. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
21. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
22. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
23. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date		
24. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Autres renseignements :		

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois +de 12 mois

Traitements reçus : _____

Avez vous déjà eu des traitements dentaires tels que :

- | | Oui | Non |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement des gencives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Couronne(s) et/ou ponts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prothèses complètes et/ou partielles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Implants dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Radiographies dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature : _____ Date : _____
Dentiste traitant

Signature : _____ Date : _____
Patient ou responsable