

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe: M F Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: Non: _____ Rue: _____ App: _____
 Ville: _____ Code Postal: _____
 Tél. Dom.: _____ Trav: _____ Cell: _____
 Date de naissance: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____ Courriel: _____
 Non ass maladie: _____ Date D'expiration: _____ Non ass sociale (facultatif) _____
 Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent ou du tuteur Monsieur Madame
 En cas d'urgence, contacter: _____
 Raison de la visite: _____ Adressé par: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Poids: _____ Taille: _____

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? _____ Oui Non
 Si oui, raison: _____

 Nom du médecin: _____
 Tél: _____ (Poste): _____

2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? _____ Oui Non
 Si oui, lesquels: _____

3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? _____ Oui Non
 Spécifiez: _____
 Des anovulants (pilule anticonceptionnelle): _____
 Des hormones? Spécifiez: _____

4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids homéopathiques? _____ Oui Non

5. Êtes-vous enceinte? _____ Oui Non
 Allaitiez-vous? _____ Oui Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:

6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes, valvulaires, souffle) . . . Oui Non

7. Fièvre rhumatismale Oui Non

8. Problèmes sanguins

8.1 Hémophilie Oui Non

8.2 Saignements prolongés Oui Non

8.3 Sang Clair Oui Non

8.4 Anémie Oui Non

8.5 Autres: Spécifiez: _____ Oui Non

9. Tension artérielle haute base Oui Non

10. Rhumes fréquents ou sinusite Oui Non

11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires Oui Non

12. Trouble digestifs: Spécifiez: _____ Oui Non

13. Ulcère de l'estomac Oui Non

14. Problèmes du foie (hépatite: virus A,B,C, cirrhose, etc) Oui Non

15. Troubles du rein Oui Non

16. Urinez-vous souvent? Oui Non

17. Infections transmissibles sexuellement (ITS) Oui Non

18. Diabète Oui Non

19. Troubles thyroïdiens Oui Non

20. Maladies de la peau Oui Non

21. Problèmes oculaires (yeux) Oui Non

22. Arthrite Oui Non

23. Ostéoporose. Prenez-vous des bisphosphonates? Oui Non

24. Épilepsie Oui Non

25. Trouble nerveux Oui Non

26. Maladies psychiatriques Oui Non
 Spécifiez _____

27. Maux de tête fréquents Oui Non

28. Étourdissements, évanouissements Oui Non

29. Maux d'oreilles Oui Non

30. Rhume des foins Oui Non

31. Asthme Oui Non

32. Fumez-vous? Oui Non

33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) Oui Non

34. Êtes-vous atteint du sida? Oui Non

35. Êtes-vous séropositif? Oui Non

36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)? Oui Non

37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez? Oui Non

38. Avez-vous déjà eu une **réaction allergique** ou autre aux produits suivants:

38.1 Latex Oui Non 38.6 Pénicilline Oui Non

38.2 Aliments Oui Non 38.7 Codéine Oui Non

38.3 Iode Oui Non 38.8 Autres antibiotiques Oui Non

38.4 Aspirine Oui Non 38.9 Local anesthésia Oui Non

38.5 Sulfamides Oui Non 38.10 Autres Oui Non

Specify: _____

39. Consommez-vous des drogues? Oui Non

40. Consommez-vous de l'alcool? Peu ou pas Modérément Beaucoup

41. Avez-vous de déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Oui Non
 Si oui, lesquelles et quand:
 _____ Date _____
 _____ Date _____
 _____ Date _____

42. Craignez-vous les traitements dentaires?
 Peu ou pas Modérément Beaucoup

43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? Oui Non

Remarque: _____

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

Précautions:

ANTÉCÉDENTES DENTAIRES

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

Traitements reçus: _____

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 6. Couronne(s) et/ou ponts | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement des gencives | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 7. Prothèses complètes eu/ou partielles | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 9. Implants dentaires | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturations | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | 10. Radiographies dentaires | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | | | 11. Autres | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

RÉSERVÉ AU DENTISTE

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

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur 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 (es) 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.

Signature: _____ Date: _____
Patient ou Responsable