

## 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.6 Pénicilline	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
38.2 Aliments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.7 Codéine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
38.3 Iode	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.8 Autres antibiotiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
38.4 Aspirine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.9 Local anesthésia	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
38.5 Sulfamides	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.10 Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

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