Questionnaire médical confidentiel

Renseignements personnels

Nom: Prénom: Sexe: ☐ F ☐ M

Adresse: Ville: Code postal:

Téléphone domicile: Téléphone travail: Poste:

Cellulaire: Courriel: Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Nº d'assurance maladie: Expiration: Année: Mois:

Si vous avez moins de 18 ans, nom du parent/tuteur: ☐ Parent ou ☐ Tuteur

En cas d'urgence, contacter:

Raison de votre visite: Référé par:

Histoire médicale

Poids: Taille: Êtes-vous présentement suivi par un médecin ? ☐ oui ☐ non

Si oui, raison:

Nom de votre médecin: Téléphone de votre médecin:

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? ☐ oui ☐ non

Si oui, veuillez indiquer lesquels:

Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? ☐ oui ☐ non Spécifiez:

Des anovulants? ☐ oui ☐ non Des hormones? ☐ oui ☐ non Spécifiez:

Avez-vous eu une fluctuation significative de votre masse corporelle dernièrement? ☐ oui ☐ non

Êtes-vous enceinte? ☐ oui ☐ non Allaitez-vous? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaques	☐ oui	☐ non	Fièvre rhumatismale	☐ oui	☐ non
Hémophilie	☐ oui	☐ non	Saignements prolongés	☐ oui	☐ non
Sang clair	☐ oui	☐ non	Anémie	☐ oui	☐ non
Autres problèmes sanguins?					
Tension artérielle (pression):	☐ Normale	☐ Basse	☐ Haute		
Rhumes fréquents ou sinusite	☐ oui	☐ non	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	☐ oui	☐ non
Troubles digestifs	☐ oui	☐ non	Spécifiez le trouble digestif:		
Ulcères de l'estomac	☐ oui	☐ non	Problèmes de foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose)	☐ oui	☐ non
Troubles rénaux	☐ oui	☐ non	Urinez-vous souvent?	☐ oui	☐ non
Infections transmissibles sexuellement (ITS)	☐ oui	☐ non	Diabète	☐ oui	☐ non
Troubles thyroïdiens	☐ oui	☐ non	Maladies cutanées	☐ oui	☐ non
Problèmes oculaires	☐ oui	☐ non	Arthrite	☐ oui	☐ non
Ostéoporose	☐ oui	☐ non	Prenez-vous des biphosphonates?	☐ oui	☐ non
Épilepsie	☐ oui	☐ non	Troubles nerveux	☐ oui	☐ non
Maladies psychiatriques	☐ oui	☐ non	Spécifiez la maladie:		
Maux de tête fréquents	☐ oui	☐ non	Étourdissements, évanouissements	☐ oui	☐ non
Maux d'oreilles	☐ oui	☐ non	Rhume des foins	☐ oui	☐ non

Asthme ☐ oui ☐ non

Êtes-vous fumeur? ☐ oui ☐ non ☐ occasionnel

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie? ☐ oui ☐ non

Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)? ☐ oui ☐ non

Êtes-vous séropositif? ☐ oui ☐ non

Avez-vous des prothèses articulaires? ☐ oui ☐ non

Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un de ces produits:

Aliments	☐ oui ☐ non	Latex	☐ oui ☐ non	Pénicilline	☐ oui ☐ non
Aspirine	☐ oui ☐ non	Iode	☐ oui ☐ non	Sulfamides	☐ oui ☐ non
Codéine	☐ oui ☐ non	Anesthésie locale	☐ oui ☐ non	Autres antibiotiques	☐ oui ☐ non

Autres. Spécifiez:

Consommez-vous des drogues? ☐ oui ☐ non

Consommez-vous de l'alcool? ☐ peu ou pas ☐ modérément ☐ beaucoup

Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles et quand?

Craignez-vous les traitements dentaires? ☐ oui ☐ non

Souhaitez-vous discuter de votre état de santé en privé avec votre dentiste? ☐ oui ☐ non

Commentaires:

Histoire dentaire

Dernière visite chez le dentiste: ☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ + de 12 mois

Traitements reçus:

Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants?

Démonstration d'hygiène buccale	☐ oui ☐ non	Traitement des gencives	☐ oui ☐ non
Traitement d'orthodontie (broches)	☐ oui ☐ non	Traitement de canal	☐ oui ☐ non
Obturations (réparations)	☐ oui ☐ non	Couronne(s) ou pont(s)	☐ oui ☐ non
Prothèses complètes ou partielles	☐ oui ☐ non	Traitement de chirurgie buccale ou extraction	☐ oui ☐ non
Implants dentaires	☐ oui ☐ non	Radiographies dentaires	☐ oui ☐ non
Autres	☐ oui ☐ non		

À l'usage du professionnel:

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: _____

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 dentaires, 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) dentistes(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (seront) 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: _____