

DOSSIER DENTAIRE

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom: Prénom: Sexe: M F

Adresse: No.: Rue: App.: Ville:

Code Postal: Tél: Dom.: Trav.: (Poste)

Date de Naissance: Jour Mois Année Poids: Taille:

Tuteur:

No. Ass. Maladie: - - Exp.: Cell:

Référé(e) par: Courriel:

RAISON DE LA VISITE:

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?
Si oui:
Nom Prénom
Tél.: Poste

OUI NON

2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?
Si oui, lesquels? _____
3. Êtes-vous enceinte?
4. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)
- Avez-vous souffert ou souffrez-vous de....?**
5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle)
6. Fièvre rhumatismale
7. Saignements prolongés
8. Anémie
9. Tension artérielle (pression): haute basse
10. Rhumes fréquents ou sinusite
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires
12. Troubles digestifs
13. Ulcère de l'estomac
14. Problèmes du foie (hépatite: virus A, B, C, cirrhose, etc.)
15. Troubles du rein
16. Maladies vénériennes (MTS)
17. Diabète
18. Troubles thyroïdiens
19. Maladies de la peau
20. Problèmes oculaires (yeux)
21. Arthrite
22. Épilepsie
23. Troubles nerveux
24. Maux de tête fréquents
25. Étourdissements et/ou évanouissements

26. Maux d'oreilles
27. Rhume des foins
28. Asthme
29. Fumez-vous?
30. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)?
31. Êtes-vous atteint(e) du SIDA?
32. Êtes-vous séro-positif au test du SIDA?
33. Avez-vous des prothèses articulaires? (hanches, genoux, etc.)
34. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants:

OUI NON

- | | |
|---|---|
| Aliments <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sulfamides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anesthésie Locale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Autres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

OUI NON

35. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles? et quand?

36. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?
- Remarques: _____

OUI NON

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL:

ATTENTION!

HISTOIRE DENTAIRE

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

Traitements reçus _____

- Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:**
- | | |
|--|---------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | OUI NON |
| 2. Traitement de 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"/> | |
| 6. Couronne(s) et/ou pont(s) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

- | | |
|---|---------|
| 7. Prothèses complètes et/ou partielles <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | OUI NON |
| 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(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

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

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).

Signature _____
Dentiste traitant

Date _____ / _____ / _____
Jour Mois An

On m'a informé(e) 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.

Signature _____
Patient ou responsable

Date _____ / _____ / _____
Jour Mois An