

QUESTIONNAIRE MEDICODENTAIRE CONFIDENTIAL

Renseignements Personnels

Prénom _____

Nom _____

F

M

Date de naissance _____

DAY / MONTH / YEAR

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code Postal _____

Informations Dentaires

Raison pour la visite _____

Dernière visite

6-12 mois

+ de 12 mois

Traitement(s) reçu(s) _____

Avec radiographies panoramiques (grande)

Avec radiographies intra-orales (petite)

Coordonnées

Tel. Domicile _____ Cell _____

Tel. Travail _____ Ext. _____

E-mail _____

En cas d'urgence:

Nom _____

Lien avec le patient _____

Tel. Principal _____

Cell _____

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Membre de famille _____

Ami _____

Internet _____

Autre _____

Mode de communication préféré

Téléphone

Email

Etes-vous un étudiant?

No Yes Institution _____

Grad

Undergrad

Assurance Dentaire (Principale)	Assurance Dentaire (Additionnelle)
Nom de l'assuré _____	Nom de l'assuré _____
Date de naissance _____ DAY / MONTH / YEAR	Date de naissance _____ DAY / MONTH / YEAR
Employeur _____	Employeur _____
Compagnie d'assurance _____	Compagnie d'assurance _____
No. de Police _____	No. de Police _____
No. de Certificat _____	No. de Certificat _____

Oui Non

Etes-vous suivi par un médecin?

Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé?

Avez-vous des prothèses (hanche, genoux, etc.)?

Avez-vous pris ou perdu du poids récemment?

Etes-vous enceinte?

Allaitiez-vous?

Prenez-vous des produits naturels?

Prenez-vous des médicaments?

Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

Reason, details and date:

Antécédents médicaux (Veuillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées)

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins (Hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du coeur (endocardite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévention / traitement (ex.: comprimés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie ou manifestation à ces produits:		
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfonamides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Produits contenant de l'iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres conditions médicales à mentionner:		
Précisez _____			_____		

Autres aspects

Ronflez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous? cig./day _____ <input type="checkbox"/> ou ex-fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence: ___verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous de la méthadone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réservé au dentiste pour notes particulières

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé (Médecin de famille, spécialiste, pharmacien, autre)

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable

Date

Consentement et identification

J'ai rempli ce questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance.

- Patient lui-meme
 Parent/tuteur (si moins de 14 ans)
 Mandataire/ responsable

Signature du patient ou responsable

Nom en lettres moulées

Date

J'ai révisé le questionnaire médico-dentaire et fait part de tous les changements.

Doctor's Signature

Date