

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : N° : _____ Rue : _____ App. : _____
 Ville : _____ Code postal : _____
 Tél. dom. : _____ trav. : _____ Cell. : _____
 Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____ Courriel : _____
 N° ass. maladie : _____ Date d'expiration : _____ N° 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

		Oui	Non
Poids : _____	Taille : _____		
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels : _____			

3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez : _____			
- des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ? <input type="checkbox"/>			
- des hormones ? Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/>			
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allaitiez-vous ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :			
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fièvre rhumatismale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problèmes sanguins :			
8.1 Hémophilie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Saignements prolongés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Sang clair		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Anémie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Autres : Spécifiez _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rhumes fréquents ou sinusite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs : Spécifiez _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ulcère de l'estomac		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Troubles du rein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Urinez-vous souvent ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Infections transmissibles sexuellement (ITS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diabète		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Troubles thyroïdiens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Maladies de la peau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Problèmes oculaires (yeux)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Arthrite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ostéoporose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des biphosphonates ? <input type="checkbox"/>			
24. Épilepsie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Troubles nerveux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Maladies psychiatriques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez : _____			
27. Maux de tête fréquents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Étourdissements, évanouissements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Maux d'oreilles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Rhume des foins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Asthme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Fumez-vous ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Êtes-vous atteint du sida ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Êtes-vous séropositif ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :			
38.1 Latex	<input type="checkbox"/>	38.6 Pénicilline	<input type="checkbox"/>
38.2 Aliments	<input type="checkbox"/>	38.7 Codéine	<input type="checkbox"/>
38.3 Iode	<input type="checkbox"/>	38.8 Autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>
38.4 Aspirine	<input type="checkbox"/>	38.9 Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>
38.5 Sulfamides	<input type="checkbox"/>	38.10 Autres	<input type="checkbox"/>
Spécifiez : _____			

39. Consommez-vous des drogues ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Consommez-vous de l'alcool ?			
Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/>			
41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles et quand : _____			
_____ date _____			
_____ date _____			
_____ date _____			
42. Craignez-vous les traitements dentaires ?			
Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>			
43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarque : _____			

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS :

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

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

Traitements reçus :

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :

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