

## 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/AAA) :  
N° 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

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, indiquer lesquels :

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

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

Des anticoagulants?  oui  non Des RX pour l'ostéoporose?  oui  non Des RX pour le cancer?  oui  non

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

Êtes-vous enceinte?  oui  non Allaitiez-vous?  oui  non

### Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de :

Troubles cardiaques	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Épilepsie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Fièvre rhumatismale	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Maladies cutanées	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Hémophile	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Arthrite	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Anémie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Maux de tête fréquents	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Saignements prolongés	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Maux d'oreilles	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autres problèmes sanguins?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Asthme	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tension artérielle (pression) :	<input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Haute	Rhume des foins	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Étourdissements, évanouissements	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tuberculose ou problèmes pulmonaire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Vous rongez-vous les ongles?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Troubles digestifs	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Diabète	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Spécifiez le trouble digestif :		Urinez-vous souvent la nuit?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Ulcère d'estomac	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Êtes-vous fumeur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Reflux gastrique de nuit	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui combien de cigarettes / jour :	
Problème de foie (hépatite : A,B,C		Êtes-vous un ex-fumeur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cirrhose)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Prenez-vous des bisphosphonates?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Troubles rénaux	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui depuis combien de temps?	
Infections transmissibles sexuellement(ITS)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Avez-vous déjà subi des traitements de	
Troubles thyroïdiens	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	radiothérapie ou chimiothérapie?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Problèmes oculaires	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Êtes-vous séropositif?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Ostéoporose	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		

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

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

Avez-vous un problème de sommeil?  oui  non

Avez-vous des prothèses articulaires?  oui  non

Grincez-vous des dents?  oui  non

Arrêtez-vous de respirer durant la nuit?  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 médicaments :

Autres. Spécifier :

Consommez-vous des drogues?  oui  non

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

Consommez-vous des boissons énergétiques?

Spécifiez :

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 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 Traitements 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

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 du patient ou responsable

\_\_\_\_\_  
Date

**Précautions préopératoires :**

**RÉSERVÉ AU DENTISTE**

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

\_\_\_\_\_  
Signature du dentiste traitant

\_\_\_\_\_  
Date