

Coordonnées personnelles

Nom :	_____
Adresse:	_____

Date de naissance :	_____

Questionnaire d'inscription confidentiel

Il existe de très nombreux liens entre votre état de santé générale et la santé de votre bouche. Le dentiste a donc le devoir et la responsabilité professionnelle de vous poser des questions sur votre condition médicale. Ceci sert à s'assurer qu'il n'y ait pas d'interaction entre votre état de santé générale et des médicaments ou produits que le dentiste et son équipe pourraient utiliser avec vous. Pour votre santé et sécurité, il est important d'y répondre honnêtement et d'aviser l'équipe dentaire de tout changement à votre condition ou vos médicaments.

Téléphone maison	_____	Priorité pour vous rejoindre	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Téléphone cellulaire	_____	Priorité pour vous rejoindre	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Téléphone travail	_____	Priorité pour vous rejoindre	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Courriel	_____	Priorité pour vous rejoindre	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

No assurance maladie _____

Date d'expiration _____

Nom du parent ou tuteur (- de 18 ans) _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____ Tél. : _____

Référé par : _____

Date initiale : _____

À renouveler _____

Antécédents médicaux

- 1 Êtes-vous suivi annuellement par un médecin de famille? Oui Non
 Nom du médecin : _____
- 2 Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin spécialiste? Oui Non
 (exemple : cardiologue, endocrinologue, ORL, etc.)
 Raison : _____
- 3 Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments au cours des 6 derniers mois? Oui Non
 Si oui, lesquels ?

Nom du médicament	Raison	Nom du médecin qui l'a prescrit

Pour les FEMMES (pour HOMMES passez à la question 10)		Oui	Non			Oui	Non
4	Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Prenez-vous des hormones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? Spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	Allaitez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :							
10	Troubles cardiaques (Infarctus, angine, valve cardiaque prothétique, endocardite/myocardite, anomalie cardiaque congénitale, greffe cardiaque)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	Diabète : Type 1 / Type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Saignements prolongés ou sang clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Autres problèmes sanguins Spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Tension artérielle (pression) <input type="checkbox"/> Haute <input type="checkbox"/> Basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				29	Ostéoporose ou ostéopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Maladies psychiatriques Spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				32	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	Rhume des foins (allergies saisonnières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Troubles digestifs Spécifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ulcères d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Problèmes du foie (Hépatite : Virus A,B,C cirrrose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Prenez-vous des pompes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents médicaux (suite)

	Oui	Non		Oui	Non				
38	Fumez-vous?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	Avez-vous des infections transmissibles sexuellement ou par le sang?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Consommez-vous des drogues?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43	Êtes-vous atteint du sida? Êtes-vous séropositif?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (cancer ou tumeur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44	Avez-vous des prothèses articulaires? (hanches, genou, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà eu un cancer? (père, mère, frère, sœur)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Consommez-vous de l'alcool?								
	<input type="checkbox"/>	peu ou pas	<input type="checkbox"/>	modérément	<input type="checkbox"/>	beaucoup			
47	Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants?								
		Oui	Non			Oui	Non		
	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Sulfamides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Péniciline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Autres antibiotiques : _____								
	Anesthésiques locaux _____								
	Autres : _____								
48	Avez-vous été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lesquelles et quand?								
49	Avez-vous une autre condition médicale particulière non mentionnée dans ce questionnaire?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Souhaiteriez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques

À l'usage du professionnel

<p>Précautions</p> <p>Révisions</p>	
--	--

Antécédents dentaires

Dernière visite chez le dentiste

0-6 mois

9-12 mois

+ de 12 mois

Traitements reçus : _____

Craignez-vous les traitements dentaires?

- un peu
 beaucoup
 pas du tout

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Démonstration d'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> Prothèses complètes ou partielles |
| <input type="checkbox"/> Traitements des gencives (parodontie) | <input type="checkbox"/> Traitements de chirurgie buccale ou extractions |
| <input type="checkbox"/> Traitements d'orthodontie (appareils ou broches) | <input type="checkbox"/> Implants dentaires |
| <input type="checkbox"/> Traitement de canal | <input type="checkbox"/> Radiographies dentaires |
| <input type="checkbox"/> Obturations (plombages) | <input type="checkbox"/> Traitements dentaires sous anesthésie générale |
| <input type="checkbox"/> Couronnes et/ou ponts | <input type="checkbox"/> Autres |

Raison de la visite : _____

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 à 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. Je reconnais être responsable des honoraires relatifs aux services rendus pour moi-même ou la personne sus-nommée, indépendamment du montant du remboursement de mon assurance.

Consentement éclairé

Je, soussigné, consens à ce que les traitements dentaires soient effectués, tels que décrits, et je reconnais que le dentiste m'a expliqué le traitement et l'alternative de traitement ainsi que les complications possibles, et qu'il a répondu à mes questions à ma satisfaction.

Signature du patient (ou responsable)

Date

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

Signature du dentiste

Date