

QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués: il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

Renseignements personnels

Prénom _____
 Nom _____
 Sexe F M
 Date de naissance _____
 Num. d'ass. Maladie _____ Expiration _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Assurance dentaire: oui non

Coordonnées

Tél. domicile _____
 Tél. travail _____
 Tél. cell. _____
 Courriel _____
 En cas d'urgence, appeler:
 Nom _____
 Lien avec patient _____
 Tél. principal _____
 Tél.cell. _____

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui _____
 Craignez-vous les traitements dentaires ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup
 Précisez _____

Dernière visite 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois
 Traitement(s) reçu(s) _____ **Oui Non**
 Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)?
 Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)?

Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées

	Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire	<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 digestif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		

	Oui	Non
Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie ou manifestation à ces produits:		
Latex <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidés <input type="checkbox"/>
Pénicilline <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesthésiques <input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments <input type="checkbox"/>
Codéine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits contenant de l'iode <input type="checkbox"/>
Aspirine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres: _____ <input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales à mentionner: _____		

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/jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>	<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
