

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom _____ Prénom _____ Sexe: F M

N° civique _____ Rue _____ Appartement _____ Ville _____

Code postal _____ Téléphone _____ Téléphone (travail) _____

Cellulaire _____ Date de naissance A/M/J _____ N° assurance sociale (facultatif) _____

Courriel _____ N° assurance maladie _____ Expiration _____

En cas d'urgence, contacter _____ Téléphone _____

Raison de la visite _____ Adressé par _____

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent/tuteur _____ Parent Madame

Tuteur Monsieur

Antécédents médicaux

Poids _____ Taille _____ Médecin de famille _____ Téléphone _____

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui Non Si oui, raison _____

Nom du médecin _____ Téléphone _____ Poste _____

2. Si vous prenez des médicaments ou en avez pris au cours des six derniers mois, spécifiez :

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

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

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Antécédents médicaux (suite)

Oui Non

Oui Non

40. Consommez-vous de l'alcool ?

Peu ou pas Modérément Beaucoup

41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Lesquelles _____ Date _____

_____ Date _____

_____ Date _____

42. Craignez-vous les traitements dentaires ?

Un peu Beaucoup Pas du tout

43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ?

Remarques _____

Antécédent 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

2. Traitement des gencives

3. Traitement d'orthodontie

4. Traitement de canal

5. Obturations

6. Couronne(s) et/ou ponts

7. Prothèses complètes et/ou partielles

8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions

9. Implants dentaires

10. Radiographies dentaires

11. Autres

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 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 _____

À l'usage du professionnel

Précautions

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 du dentiste traitant _____

Date _____