

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : résidence : _____ bureau : _____ cell. : _____

Date de naissance : _____ Courriel : _____

N° assurance maladie : _____ Exp. : _____ Bénéficiaire aide sociale : Oui Non

Assurance dentaire : Oui Non Confirmation des rendez-vous par SMS : Oui Non

En cas d'urgence, rejoindre : _____ Tél. : _____

Référence : Pages Jaunes Journal local Médical Internet En passant Nom du patient : _____

Si enfant moins de 18 ans :

Personne responsable du paiement des honoraires : _____

Nom du père : _____

Téléphone : résidence : _____ bureau : _____ ext. : _____

Nom de la mère : _____

Téléphone : résidence : _____ bureau : _____ ext. : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non		Oui	Non
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :			10. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Troubles cardiaques (infarctus, angine).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Souffle au coeur ou valve cardiaque.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien de fois par jour ? _____		
3. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problèmes sanguins :			Si oui, quelles dates ? _____		
4.1 Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Êtes-vous atteint du sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Êtes-vous séropositif?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Sang clair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Êtes-vous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.1 Allergique à la pénicilline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Autres : Spécifiez _____			15.2 Allergique à la codéine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>			15.3 Allergique au latex ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tension est-elle contrôlée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.4 Allergique aux anesthésiques locaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)			15.5 Allergique à d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Troubles du rein et/ou dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels ? _____		
8. Infections transmissibles sexuellement (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Quel type ? _____					

	Oui	Non		Oui	Non
16. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, raison : _____			29. Maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Spécifiez : _____		
Nom du médecin : _____			30. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél. : _____ Poste : _____			31. Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Prenez-vous présentement des médicaments			32. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste des médicaments : _____			34. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			35. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles et depuis quand : _____		
Allaitiez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Ronflez-vous ou vous a-t-on dit que vous ronfliez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions		
21. Troubles digestifs : Spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chirurgicales autres que dentaires?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles et quand : _____		
23. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date _____		
24. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date _____		
25. Problèmes oculaires (yeux) / glaucome.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date _____		
26. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Craignez-vous les traitements dentaires ?		
27. Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>		
Prenez-vous des biphosphonates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Autres conditions médicales à mentionner _____		

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. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Couronne(s) et/ou ponts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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.

Signature : _____ Date : _____

Patient ou responsable