

## 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/AAAA):   
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

Poids:  Taille:  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, veuillez indiquer lesquels:   
Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?  oui  non Spécifiez:   
Des anovulants?  oui  non Des hormones?  oui  non Spécifiez:   
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="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hémophilie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Saignements prolongés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sang clair	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Anémie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres problèmes sanguins?	<input type="text"/>		
Tension artérielle (pression):	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Haute		
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Spécifiez le trouble digestif:	<input type="text"/>
Ulcères de l'estomac	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Problèmes de foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Urinez-vous souvent?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Infections transmissibles sexuellement (ITS)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Maladies cutanées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Problèmes oculaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Arthrite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prenez-vous des biphosphonates?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles nerveux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Spécifiez la maladie:	<input type="text"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhume des foins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Asthme  oui  non Êtes-vous fumeur?  oui  non  occasionnel  
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie?  oui  non Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)?  oui  non  
Êtes-vous séropositif?  oui  non Avez-vous des prothèses articulaires?  oui  non  
Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez?  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 antibiotiques  oui  non

Autres. Spécifiez:

Consommez-vous des drogues?  oui  non

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

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 état de 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Traitement des gencives	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement d'orthodontie (broches)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Traitement de canal	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Obturations (réparations)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Couronne(s) ou pont(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prothèses complètes ou partielles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Traitement de chirurgie buccale ou extraction	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Implants dentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Radiographies dentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

**À l'usage du professionnel:**

**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: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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 dentaires, 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) dentistes(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (seront) 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: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_