



DOSSIER DENTAIRE QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe M F Nom Prénom

Adresse No. Rue App. Ville

Code postal Tél. Domicile Travail Poste

Cell. Courriel: Facebook Twitter

Date de naissance Jour Mois Année Poids Taille

Responsable des paiements No. Ass. Maladie Exp.

Référé par

Raison de votre visite

HISTOIRE MÉDICALE

	OUI	NON		OUI	NON
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de?			30. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Êtes-vous séro-positif au test du SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants:		
9. Tension artérielle (pression) haute basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OUI	NON
10. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problèmes du foie (hépatite : virus A,B,C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Êtes-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles et quand (mois/année).		
16. Maladies vénériennes (MTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?		
21. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques		
22. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
25. Étourdissements évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

HISTOIRE DENTAIRE

Dernière visite: 0-6m 6-12m + de 12m Traitements reçus

	OUI	NON		OUI	NON
Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que			6. Couronne(s) et pont(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 (plombages)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus 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 consultation 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.

Signature
Patient ou responsable

Date

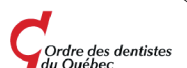
On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

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

Signature
Dentiste traitant

Date

Ce formulaire est approuvé par:
L'Association des chirurgiens dentistes du Québec
et L'Ordre des dentistes du Québec



ATTENTION!