

Questionnaire d'inscription confidentiel

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F
Date de naissance : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____
Tél. Domicile : _____ Tél. Travail : _____ Tél. Cell : _____
No d'Ass. Maladie : _____ Date d'expiration : _____ Courriel : _____
Nom de la mère : _____ Nom du père : _____ En cas d'urgence contacter : _____
Raison de la visite : _____ Référé par : _____

Craignez-vous les traitements dentaires? Un peu Beaucoup Pas du tout
Oui Non Oui Non

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? _____
Si oui, raison : _____

Nom du médecin : _____
Tél. : _____

Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? _____
Si oui, lesquels et pour quelles raisons : _____

Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?
Spécifiez : _____

- Des anovulants (pilule anticonceptionnelle)? _____
- Des hormones? Spécifiez : _____

Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? _____
Êtes-vous enceinte? _____
Allaitiez-vous? _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :
Conditions cardiaques

Infarctus, angine, chirurgie, etc. _____
Infection du cœur (endocardite) _____

Chirurgie pour poser ou réparer une valve/valvule _____
Fièvre rhumatismale _____

Problèmes sanguins : (hémophilie, anémie, saignements, prolongés) _____
Tension artérielle (pression) : Haute : Basse :

Rhumes fréquents ou sinusite _____
Maux de tête fréquents _____

Étourdissements, évanouissements _____
Maux d'oreilles _____

Rhume des foies _____
Douleur à l'articulation de la mâchoire _____

Tuberculose ou problèmes pulmonaires _____
Troubles d'estomac : Ulcère Reflux

Troubles ou maladies du système digestif _____
Problème de foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) _____

Trouble du rein _____
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) _____

Diabète _____
Troubles thyroïdiens _____

Cancer (tumeur) Précisez : _____
Radiothérapie _____

Chimiothérapie _____
Maladie de la peau _____

Problèmes oculaires (yeux) _____
Arthrite _____

Ostéoporose _____
Prévention/traitement (p.ex. : comprimés)

Injection annuelle/mensuelle _____
Douleur chronique _____

Épilepsie _____
Troubles ou maladies du système nerveux _____

Troubles ou maladies psychiatriques _____
Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc)? _____

Ronflez-vous? _____
Souffrez-vous d'apnée du sommeil? _____

Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :
Oui Non Oui Non

Latex _____ Pénicilline _____
Aliments _____ Codéine _____

Iode _____ Autres antibiotiques _____
Aspirine _____ Anesthésie locale _____

Sulfamides _____ Autres _____
Autres conditions médicales à mentionner : _____

Fumez-vous? _____
Consommez-vous de l'alcool? _____

Fréquence : Verres ___/jour ___/sem ___/mois
Consommez-vous des drogues? _____

Prenez-vous de la méthadone? _____
Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions

chirurgicales autres que dentaires? _____
Si oui, lesquelles et quand : _____

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

HISTOIRE DENTAIRE :

Dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois
Traitements reçus : _____

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :
Démonstration d'hygiène buccale (brossage) _____

Traitement des gencives _____
Traitement d'orthodontie _____

Traitement de canal _____
Obturations (plombages) _____

Couronne(s) et/ou ponts _____
Prothèses complètes et/ou partielles _____

Traitement de chirurgie buccale ou extractions _____
Implants dentaires _____

Radiographies dentaire _____

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 constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. On m'a informé(e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le dentiste et son personnel auxiliaire y auront seuls accès. 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.

Signature du dentiste

Signature du patient ou du responsable

Date _____