

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE

Mr Mme

Nom de famille: _____

Médecin Traitant : _____

Prénom: _____

Téléphone : _____

Date de naissance : (jr/ms/an) ____ / ____ / ____

Avez-vous une assurance dentaire ? OUI NON

Si oui, veuillez inscrire le nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

de police : _____

Ville : _____

de certificat : _____

Code Postal : _____

Est-ce vous qui êtes l'assuré principal ? OUI NON

Téléphone (résidence) : _____

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide sociale? OUI NON

Téléphone (travail) : _____

Si oui, inscrire votre # de carte d'assurance maladie : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

Exp : _____

En cas d'urgence, on peut joindre : _____ Téléphone : _____

Quel est le meilleur moyen de vous joindre : Résidence Travail Cellulaire

Pour confirmer votre rendez-vous, de quelle façon préférez-vous être joint: Téléphone Texto Courriel

Qui vous à référé à notre clinique : Internet Pages jaunes Patient : _____

HISTOIRE DENTAIRE

À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? _____

Quels ont été les soins reçus : _____

Avez-vous présentement des problèmes? OUI NON

Si oui, lesquels : _____

Est-ce que vos gencives saignent, sont sensibles ou irritées? OUI NON

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents ? OUI NON

Avez-vous eu des traitements de : PARODONTIE (soins des gencives) PONT(S) ET COURONNE(S)
 ENDODONTIE (traitement de canal) PARTIEL(S) ET/OU PROTHÈSE(S)
 ORTHODONTIE (broches) IMPLANTS

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin ou l'avez-vous été au cours de la dernière année? OUI NON

2. À quand remonte votre dernier examen médical? _____

3. Y a-t-il eu un changement de votre état de santé au cours de la dernière année? OUI NON



4. Prenez vous actuellement des médicaments prescrits ou non, des suppléments alimentaires ou autres? OUI NON

Si oui, précisez lesquels : _____

5. Souffrez-vous d'allergies? INCERTAIN OUI NON

Si oui, lesquelles : a) Médicaments b) latex/ caoutchouc

c) Autre(s) (rhume des foins, alimentaire...) Précisez : _____

6. Avez-vous déjà eu une réaction suite à la prise d'un médicament ou d'une injection? (anesthésie) OUI NON

Si oui, précisez : _____

7. Souffrez-vous d'asthme? OUI NON

8. Avez-vous des problèmes cardiaques ou de tension artérielle (haute ou basse pression)? OUI NON

Si oui, précisez : _____

9. Avez-vous présentement ou dans le passé, eu un souffle au cœur ou une fièvre rhumatismale? OUI NON

Si oui, précisez : _____

10. Avez-vous des prothèse articulaires (hanche, genoux)? OUI NON

Si oui, précisez : _____

11. Votre médecin vous a-t-il avisé de prendre des antibiotiques avant tout traitement dentaire? OUI NON

12. Avez-vous une condition ou un traitement qui affecte votre système immunitaire
(leucémie, SIDA, porteur de HIV, radiothérapie, chimiothérapie) ? OUI NON

Si oui, précisez : _____

13. Avez-vous déjà eu des problèmes au foie tels que l'hépatite, la jaunisse ou autres? OUI NON

Si oui, précisez : _____

14. Avez-vous eu des problèmes de coagulation, saignement anormal ou prolongé? OUI NON

Si oui, précisez : _____

15. Avez-vous déjà été opéré(e) ou hospitalisé(e)? OUI NON

Si oui, précisez : _____

16. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Douleur à la poitrine Souffle court Ostéoporose Épilepsie Angine

Maux de tête fréquents Problème oculaire (ex : glaucome) Maladie rénale Pacemaker Anémie

Insuffisance cardiaque Dépendance alcool/drogue Tuberculose Trouble anxieux MTS

Maladie pulmonaire Évanouissements Maux d'oreilles Maladie de la peau Arthrite

Problème thyroïdiens Sinusite fréquente Ulcère d'estomac Valve prothétique Diabète

Autres : _____

17. Fumez-vous? OUI NON

18. Êtes-vous nerveux lors des traitements dentaires? INCERTAIN OUI NON

19. Femme : Êtes-vous enceinte ou allaitez vous? INCERTAIN OUI NON

Si vous êtes enceinte, quelle est la date prévu de votre accouchement : _____

Au meilleur de ma connaissance, ces informations sont exactes. Je m'engage à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

SIGNATURE : _____ SIGNATURE DU DENTISTE : _____ DATE : _____