

Sexe: M  F  Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: N°: \_\_\_\_\_ Rue: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. dom.: \_\_\_\_\_ trav.: \_\_\_\_\_ cell: \_\_\_\_\_

Date de naissance: Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

N° ass. maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration.: \_\_\_\_\_

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent  ou tuteur

\_\_\_\_\_ Madame  Monsieur

En cas d'urgence, contacter: \_\_\_\_\_

Raison de la visite: \_\_\_\_\_ Adressé par: \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Poids: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? **Oui**  **Non**

Si oui, raison: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

2. Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_

3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?

Spécifiez: \_\_\_\_\_

- des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?

- des hormones? Spécifiez: \_\_\_\_\_

4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?

5. Etes-vous enceinte?

Allaitiez-vous?

### Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)

7. Fièvre rhumatismale

8. Problèmes sanguins :

8.1 Hémophilie

8.2 Saignements prolongés

8.3 Sang clair

8.4 Anémie

8.5 Autre: Spécifiez \_\_\_\_\_

9. Tension artérielle (pression): Haute  Basse

10. Rhumes fréquents ou sinusite

11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires

12. Troubles digestifs: Spécifiez \_\_\_\_\_

13. Ulcère de l'estomac

14. Problèmes du foie (hépatite: virus A,B,C, cirrhose, etc.)

15. Troubles du rein

16. Urinez-vous souvent?

17. Infections transmissibles sexuellement (ITS)

18. Diabète

19. Troubles thyroïdiens

20. Maladies de la peau

21. Problèmes oculaires (yeux)

22. Anhrite

23. Ostéoporose

Prenez-vous des bisphosphonates?

24. Épilepsie

25. Troubles nerveux

26. Maladies psychiatriques

Spécifiez: \_\_\_\_\_

27. Maux de tête fréquents

28. Étourdissements, évanouissements

29. Maux d'oreilles

30. Rhume des foins

31. Asthme

32. Fumez-vous?

33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)?

34. Êtes-vous atteint du sida?

35. Êtes-vous séropositif?

36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?

37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez?

38. Avez-vous déjà eu une **réaction allergique** ou autre aux produits suivants :

**Oui** **Non**

38.1 Latex   38.6 Pénicilline

38.2 Aliments   38.7 Codéine

38.3 Iode   38.8 Autres antibiotiques

38.4 Aspirine   38.9 Anesthésie locale

38.5 Sulfamides   38.10 Autres

Spécifiez: \_\_\_\_\_

39. Consommez-vous des drogues?

40. Consommez-vous de l'alcool?

Peu ou pas  Modérément  Beaucoup

41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?

Si oui, lesquelles et quand:

\_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

42. Craignez-vous les traitements dentaires?

Un peu  Beaucoup  Pas du tout

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

Remarques: \_\_\_\_\_

## À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS

## 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 eUou 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. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Couronne(s) et/ou ponts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 : \_\_\_\_\_  
Dentiste traitant

## 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. J'autorise la consitution 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. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y amender une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Patient ou responsable