

RENSEIGNEMENT SUR LE PATIENT

RESPONSABLE DES HONORAIRES

Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Ville :	Code postal :	Ville :	Code postal :
Tél. domicile : ()		Tél. domicile : ()	
Tél. bureau : ()	Poste :	Tél. bureau : ()	Poste :
Cellulaire :			
Date de naissance :	Année :	Mois :	Jour :
Numéro d'assurance maladie :		Expiration :	
Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent :			OU du tuteur :
Raison de la visite :		Référé par :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

		Oui	Non			Oui	Non		
Poids :	Taille :			21. Problèmes oculaires (yeux)					
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Si oui, raison :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nom du médecin :				23. Ostéoporose Prenez-vous des biphosphonates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tél. : ()	Poste :			24. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	25. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? Spécifiez : - des pilules contraceptives (anovulants)? - des hormones? Spécifiez :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Maladies psychiatriques, spécifiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Êtes-vous enceintes? Allaitez-vous?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :				29. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Fièvre rhumatismale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Problèmes sanguins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.1 Hémophilie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.2 Saignements prolongés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Êtes-vous atteint du sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.3 Sang clair		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Êtes-vous séropositif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.4 Anémie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.5 Autres, spécifiez		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Rhumes fréquents ou sinusite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :					
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.1 Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.6 Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs, spécifiez :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.2 Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.7 Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ulcère de l'estomac		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.3 Iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.8 Autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.4 Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.9 Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Troubles du rein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.5 Sulfamides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38.10 Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Urinez-vous souvent?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Spécifiez :		
17. Maladies transmises sexuellement (MTS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Diabète		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Troubles thyroïdiens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/>					
20. Maladie de la peau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles et quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
							Date :		
							Date :		
							Date :		
				42. Craignez-vous les traitements dentaires? Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>					
				43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				Remarque :					

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL**À L'INTENTION DU PROFESSIONNEL**

Précautions :

ANTÉCÉDENTS DENTAIRESDernière visite : 0 à 6 mois 6 à 12 mois + de 12 mois

Quel est le nom et prénom du dentiste traitant :

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :

	Oui	Non		Oui	Non
1. Démonstration d'hygiène buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Prothèses complétés et/ou partielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traitement des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Traitement de chirurgie buccale ou extractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Implants dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Traitement de canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Radiographies dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Obturations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Couronne(s) et/ou pont(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Rongez-vous vos ongles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les amygdales ont-elles été enlevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Est-ce que vous vous faites agacer à propos de vos dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les adénoïdes (végétations) ont-elles été enlevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Grincez-vous des dents la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous une déviation de la cloison nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Avez-vous eu une consultation chez un orthodontiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous de la difficulté à respirer par le nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel		
11. Avez-vous déjà reçu un coup sur vos dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. Sucez-vous votre pouce ou un doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Informations sur la croissance (pour les enfants de 10 à 14 ans)

1. Votre enfant est-il en période active de croissance
2. Votre enfant semble-t-il avoir atteint sa période de puberté

Filles seulement

3. Les menstruations ont-elles débutées
Si oui, depuis combien de temps

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Je, soussigné(e) déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) 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 (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé(e) que mon dossier dentaire 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(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Signature du patient ou du responsable :

Date (jj/mm/aaaa) :

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 du dentiste traitant :

Date (jj/mm/aaaa) :
