

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe  M  F  
 Adresse \_\_\_\_\_ App \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Tel. Domicile \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Personne à contacter en cas d'urgence \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_ No. de tel \_\_\_\_\_  
 Acceptez-vous d'être communiqué par courriel? Oui  Non   
 Assurance dentaire Oui  Non  No. assurance maladie \_\_\_\_\_ Exp \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE MÉDICALE

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?

Si oui, nom \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Prenez-vous présentement des **médicaments** ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? Si oui, Lesquels?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous de**

**Troubles cardiaques :**

	Oui	Non
Infarctus, angine, chirurgie, valve au cœur, etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète (Type 1 ou type 2) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haute ou basse pression artérielle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de saignements prolongés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes pulmonaires (asthme) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes du foie (Hépatite A, B, C, Cirrhose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens (Hyperthyroïdie ou hypothyroïdie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de la peau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux (anxiété) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme (léger, modéré ou sévère) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TDAH (léger, modéré, sévère) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des anovulants ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ? Si oui, combien par jour ? _____ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous des drogues ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous séropositif ou atteint(e) du SIDA ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses articulaires ? (hanches, genoux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Souffrez-vous d'ostéoporose?**

Si oui, avez-vous déjà pris des biphosphonates ? .....

a) en comprimés <input type="checkbox"/>	b) en injection <input type="checkbox"/>
--	--

**Souffrez-vous d'allergies?**

	Oui	Non
Latex .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iode .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____		

### HISTORIQUE DENTAIRE

**Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que**

	Oui	Non
Traitement de gencive (parodontie, greffes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement d'orthodontie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de canal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couronne(s) et/ou pont(s) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses complètes et/ou partielles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de chirurgie buccale ou extractions .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implants dentaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanchiment .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une plaque occlusale ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiquez-vous un sport de contact ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres (douleur, habitudes, serrer ou grincer des dents)

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? Si oui, lesquelles? Quand?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médical au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

\_\_\_\_\_  
 Signature du patient ou du responsable

\_\_\_\_\_  
 Date