

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

	Oui	Non
Troubles cardiaques :		
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 b) en injection

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"/>
Autres : _____		
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"/>

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