

QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION CONFIDENTIEL

(Dans le seul but de mieux vous servir et vous connaître, nous vous prions de répondre à toutes les questions ci-dessous.)

INFORMATIONS PERSONNELLES

Sexe: M F Nom: _____ Prénom: _____
Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____
Tél: Dom.: _____ Trav.: _____ Poste: _____ Cell: _____
Courrier électronique: _____
Marié(e): Oui Non (autre): _____ Taille: _____ Poids: _____ Date de naissance: _____
Occupation: _____ Employeur: _____
No. ass. maladie: _____ Tuteur: _____
Référé(e) par: _____
Raison de la visite: _____

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Si oui:
Nom: _____ Prénom: _____
Tél.: _____ Poste: _____

	OUI	NON
2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels?		
3. Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous souffert de ou souffrez-vous de ?

5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tension artérielle (pression): haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problèmes du foie (hépatite: virus A,B, C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Maladies vénériennes (MTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
26. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Êtes-vous séro-positif au test du SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants (allergies):		
Aliments _____ Sulfamides _____		
Pénicilline _____ Codéine _____		
Aspirine _____ Anesthésie locale _____		
Iode _____ Autres _____		

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

	OUI	NON
36. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À l'usage du dentiste:

Précautions préopératoires: _____ _____ _____
Remarques: _____ _____ _____

HISTOIRE DENTAIRE

Date de la dernière visite chez le dentiste _____ Traitements reçus _____

	OUI	NON
1. Est-ce que votre mâchoire craque ou vous fait mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pensez-vous grincer des dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu un traitement d'orthodontie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Portez-vous une plaque occlusale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous une maladie de gencives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mordez-vous vos lèvres ou vos joues souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
7. Avez-vous une mauvaise haleine parfois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que vos gencives saignent quand vous brossez vos dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous de la sensibilité dentaire au froid ou au chaud ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La soie dentaire se déchire-t-elle quand vous la passez entre vos dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Est-ce que la nourriture reste prise entre vos dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Est-ce que vos dents vous font mal quand vous mastiquez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné 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).

Signature _____
Patient ou responsable

Date: _____ / _____ / _____

On m'a informé(e) 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.

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'introduction et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature _____
Dentiste traitant

Date: _____ / _____ / _____