

## Questionnaire d'inscription confidentiel

### Renseignements sur le patient

Sexe:

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Tél. domicile:

Tél. mobile:

Tél. travail:

Date de naissance:

Courriel:

Numéro d'assurance maladie:

Expiration:

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

OU du tuteur :

Êtes-vous bénéficiaire d'un programme d'aide sociale au Québec?

Oui                  Non

Référé par:

### Responsable des honoraires

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville:

Tél. domicile:

Tél. mobile:

Tél. travail:

## Antécédants dentaires

Raison de la visite:

Craignez-vous les traitements dentaires?

Oui

Non

Précisez:

Dernière visite:

Quel est le nom et prénom du dentiste traitant:

Traitements reçus:

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)	Oui	Non
Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)	Oui	Non

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

Démonstration d'hygiène buccale	Oui	Non
Traitement des gencives	Oui	Non
Traitement d'orthodontie	Oui	Non
Traitement de canal	Oui	Non
Obturation(s)	Oui	Non
Couronne(s) et/ou pont(s)	Oui	Non
Les amygdales ont-elles été enlevées?	Oui	Non
Les adénoïdes (végétations) ont-elles été enlevées?	Oui	Non
Avez-vous une déviation de la cloison nasale?	Oui	Non
Avez-vous de la difficulté à respirer par le nez?	Oui	Non
Avez-vous déjà reçu un coup sur vos dents?	Oui	Non
Sucez-vous votre pouce ou un doigt?	Oui	Non
Prothèses complètes et/ou partielles	Oui	Non
Traitement de chirurgie buccale ou extractions	Oui	Non
Implants dentaires	Oui	Non
Radiographies dentaires	Oui	Non
Rongez-vous vos ongles?	Oui	Non
Est-ce que vous vous faites agacer à propos de vos dents?	Oui	Non
Grincez-vous des dents la nuit?	Oui	Non
Avez-vous eu une consultation chez un orthodontiste?	Oui	Non
Si oui, lequel?		

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

Votre enfant est-il en période active de croissance?	Oui	Non
Votre enfant semble-t-il avoir atteint sa période de puberté?	Oui	Non

### Femme seulement

Les menstruations ont-elles débutées?	Oui	Non
Si oui, depuis combien de temps?		

Prenez-vous des pilules contraceptives (anovulants)?	Oui	Non
Prenez-vous des hormones?	Oui	Non
Précisez:		

Êtes-vous enceinte?	Oui	Non
Allaitez-vous?	Oui	Non

## Antécédants médicaux

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	Oui	Non
Si oui, raison :		

Nom du médecin :

Téléphone médecin :

Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?	Oui	Non
--	-----	-----

Prenez-vous actuellement des médicaments?	Oui	Non
---	-----	-----

Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?	Oui	Non
---	-----	-----

Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	Oui	Non
--	-----	-----

Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé?	Oui	Non
--	-----	-----

Prenez-vous des anovulants ou hormones?	Oui	Non
---	-----	-----

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

Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	Oui	Non
Fièvre rhumatismale	Oui	Non
Douleur à l'articulation de la mâchoire	Oui	Non
Sécheresse de la bouche	Oui	Non
Problèmes sanguins :		
Hémophilie	Oui	Non
Saignement prolongés	Oui	Non
Sang clair	Oui	Non
Tension artérielle (Haute ou basse)	Oui	Non
Anémie	Oui	Non
Autres, spécifiez		

Rhumes fréquents ou sinusite	Oui	Non
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	Oui	Non
Troubles digestifs	Oui	Non
Spécifiez:		

Ulcère de l'estomac	Oui	Non
Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, etc.)	Oui	Non
Troubles du rein	Oui	Non
Urinez-vous souvent?	Oui	Non
Infections transmises sexuellement (ITSS)	Oui	Non
Spécifiez:		

Diabète	Oui	Non
Troubles thyroïdiens	Oui	Non
Maladie de la peau	Oui	Non
Douleur chronique	Oui	Non
Problèmes oculaires (yeux)	Oui	Non
Prenez-vous des biphosphonates?	Oui	Non
Épilepsie	Oui	Non
Troubles ou maladies du système nerveux	Oui	Non

Maladies psychiatriques	Oui	Non
Spécifiez:		
Étourdissements, évanouissements	Oui	Non
Maux d'oreilles	Oui	Non
Rhume des foins	Oui	Non
Asthme	Oui	Non
Arthrite	Oui	Non
Ostéoporose	Oui	Non
Douleur chronique	Oui	Non

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)?	Oui	Non
Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
Latex	Oui	Non
Aliments	Oui	Non
Iode	Oui	Non
Aspirine	Oui	Non
Sulfamides	Oui	Non
Péniciline	Oui	Non
Codéine	Oui	Non
Autres antibiotiques	Oui	Non
Anesthésie locale	Oui	Non
Autres, spécifiez		

### Autres aspects

Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez?	Oui	Non
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	Oui	Non
Fumez-vous?	Oui	Non
Consommez-vous des drogues?	Oui	Non
Consommez-vous de l'alcool?	Oui	Non
Prenez-vous de la méthadone?	Oui	Non

Remarques ou autres conditions médicales à mentionner :

## Précautions opératoires - À l'usage du professionnel

## Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

### À remplir par le patient

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). On m'a informé 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 de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Date (jj/mm/aaaa) :

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

### Réservé au dentiste

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

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature dentiste traitant: \_\_\_\_\_