



# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## Questionnaire médicodentaire confidentiel

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

## Renseignements personnels et coordonnées

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ NOM : \_\_\_\_\_ SEXE :  F  M

COURRIEL : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ PROVINCE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉL. DOMICILE : \_\_\_\_\_ TRAVAIL : \_\_\_\_\_ CELL : \_\_\_\_\_

## En cas d'urgence, appeler :

NOM : \_\_\_\_\_ LIEN AVEC PATIENT : \_\_\_\_\_

TÉL. PRINCIPAL : \_\_\_\_\_ TÉL. CELL. : \_\_\_\_\_

## Informations dentaires :

Quel est le motif de votre visite? Recherchez-vous une solution en particulier?

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

Nom de votre dentiste généraliste : Dr \_\_\_\_\_

Noms des dentistes spécialistes que vous avez consultés :

Dr \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Veuillez aviser le dentiste de tout changement à votre état de santé.

## Antécédents médicaux

Oui Non

Oui Non

Êtes-vous suivi par un médecin?

Allaitez-vous?

Avez-vous déjà été opéré(e)  
ou hospitalisé(e)?

Prenez-vous des produits naturels  
ou homéopathiques?

Avez-vous des prothèses articulaires  
(ex. : hanche, genou)?

Prenez-vous des médicaments?

Êtes-vous enceinte?

Prenez-vous des anovulants  
ou hormones?

RAISON, DÉTAILS ET DATE : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois:

Médicament et raison

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

**Conditions actuelles ou passées : Cochez OUI ou NON**

Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques		
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) <input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : _____		
Troubles d'estomac <input type="checkbox"/> ulcère <input type="checkbox"/> reflux		
Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (tumeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : _____		
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez : _____		
Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention/traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie ou manifestation à ces produits :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits contenant de l'iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales à mentionner : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autres aspects**

Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ? _____ Cigarettes/jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous des drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez: _____		

<b>Avez-vous déjà eu?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Couronnes ou ponts fixes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implants dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires amovibles (dentiers, partiels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement de chirurgie buccale ou maxillo-faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Traitement d'endodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre**

Nom : _____	Fonction : _____	Établissement/téléphone : _____
Nom : _____	Fonction : _____	Établissement/téléphone : _____
Nom : _____	Fonction : _____	Établissement/téléphone : _____

Comment pourrions-nous rendre votre visite chez nous aussi plaisante que possible ?

---

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 ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers. J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient ou responsable	Date (JJ-MM-AAAA)
-------------------------------------	-------------------

---

Nom en lettres moulées

**Précautions opératoires – À l'usage du professionnel**

J'ai révisé le questionnaire médical et fait part de tous les changements.

Sig.: _____	Date: ____/____/____/	Init.: _____	Date: ____/____/____/
Sig.: _____	Date: ____/____/____/	Init.: _____	Date: ____/____/____/
Sig.: _____	Date: ____/____/____/	Init.: _____	Date: ____/____/____/