



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? Oui Non

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

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

Êtes-vous enceinte? Oui Non

Allaitiez-vous? Oui Non

Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? Oui Non

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Prenez-vous des anovulants ou hormones? Oui Non

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse		
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"/>

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 sinusites	<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: _____		

Avez-vous déjà eu ?

Oui Non

Couronnes ou ponts fixes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires amovibles (dentiers, partiels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui Non

Traitements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de chirurgie buccale ou maxillo-faciale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui Non

Implants dentaires	<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: ____/____/____