



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 | <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: ____/____/____ |