

Nom _____ Date _____

En raison de la complexité des causes des maladies dentaires, il est nécessaire pour nous de comprendre et d'investiguer tous les facteurs causatifs possibles. Le succès de votre traitement en dépend. En dépit du fait que certaines de ces questions vous sembleront sans rapport avec votre condition dentaire, elles sont toutes reliées à de possibles causes. Nous vous prions de répondre à TOUTES les questions et de SIGNER à l'endroit indiqué.

Prenez-vous des médicaments, incluant ceux en vente libre et produits naturels, ou en avez-vous pris durant la dernière année?

☐ Oui ☐ Non Si oui, Lesquels : _____

Avez-vous pris des médicaments pour l'ostéoporose ou le cancer des os? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une prothèse articulaire complète (genou, hanche, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, depuis quand : _____

Mangez-vous moins depuis les 2 dernières semaines ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous perdu du poids de façon inexplicable depuis les 6 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de? Oui Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Troubles cardiaques/ Pace maker | ☐ | ☐ |
| 2. Fièvre rhumatismale..... | ☐ | ☐ |
| 3. Problème de saignement prolongé | ☐ | ☐ |
| 4. Anémie | ☐ | ☐ |
| 5. Autres problèmes sanguins | ☐ | ☐ |
| 6. Haute/ basse pression..... | ☐ | ☐ |
| 7. Rhumes fréquents, sinusites, maux de gorge | ☐ | ☐ |
| 8. Problèmes pulmonaires/ tuberculose | ☐ | ☐ |
| 9. Troubles digestifs | ☐ | ☐ |
| 10. Ulcères d'estomac | ☐ | ☐ |
| 11. Cancer/ chimio/ radiothérapie | ☐ | ☐ |
| 12. Alcoolisme | ☐ | ☐ |
| 13. Problème de foie (hépatite, cirrhose) | ☐ | ☐ |
| 14. Trouble du rein | ☐ | ☐ |
| 15. Infection transmise sexuellement..... | ☐ | ☐ |
| 16. SIDA | ☐ | ☐ |
| 17. Diabète..... | ☐ | ☐ |
| 18. Troubles thyroïdiens..... | ☐ | ☐ |
| 19. Maladie de la peau | ☐ | ☐ |
| 20. Problèmes oculaires (yeux) | ☐ | ☐ |
| 21. Arthrite | ☐ | ☐ |
| 22. Épilepsie..... | ☐ | ☐ |
| 23. Troubles nerveux..... | ☐ | ☐ |
| 24. Maux de tête fréquents | ☐ | ☐ |
| 25. Perte de conscience, étourdissements..... | ☐ | ☐ |
| 26. Maux d'oreilles..... | ☐ | ☐ |
| 27. Suivez-vous une diète spéciale? | ☐ | ☐ |
| 28. Avez-vous déjà pris de la cortisone? | ☐ | ☐ |

Oui Non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 29. Vous considérez-vous très nerveux?..... | ☐ | ☐ |
| 30. Êtes-vous enceinte? | ☐ | ☐ |
| 31. Êtes-vous fumeur/vapoteur ?..... | ☐ | ☐ |
| 32. Consommez-vous des drogues? | ☐ | ☐ |
| 33. Prenez-vous de la Méthadone? | ☐ | ☐ |
| 34. Souffrez-vous d'asthme? | ☐ | ☐ |
| 35. Souffrez-vous de la fièvre des foins? | ☐ | ☐ |
| 36. Souffrez vous d'allergies? | ☐ | ☐ |
| Pénicilline | ☐ | ☐ |
| Aspirine | ☐ | ☐ |
| Iode | ☐ | ☐ |
| Codéine..... | ☐ | ☐ |
| Latex | ☐ | ☐ |
| Anesthésie locale | ☐ | ☐ |

Autre :

Avez-vous été gravement malade, hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales, **autre que dentaire**? Si oui, énumérez et indiquez les dates approximatives.

Je, sous-signé, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Si au cours de mes traitements, il se produisait des changements concernant mon état de santé et la prise de médicaments, je consens à vous en informer immédiatement. J'accepte que le dentiste ou son personnel puisse communiquer avec tout professionnel de la santé me traitant dans le but de m'offrir les traitements les plus adaptés à mes besoins.

Signature _____ Date _____

(Patient ou responsable)

HISTORIQUE DENTAIRE

Dernière visite : ☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ 12 mois et +

Traitement reçu : _____

Avez-vous déjà reçu les traitements suivants : Oui Non

Instructions d'hygiène ☐ ☐

Traitement des gencives ☐ ☐

Traitements orthodontiques ☐ ☐

Traitements de canaux ☐ ☐

Obturations (plombage blanc ou gris) ☐ ☐

Blanchiment ☐ ☐

Plaque occlusale ☐ ☐

Couronnes et/ou ponts ☐ ☐

Prothèse complète ou partielle ☐ ☐

Chirurgies ou extractions ☐ ☐

Implants dentaires ☐ ☐

Radiographies ☐ ☐

Grincez-vous des dents ☐ ☐

Avez-vous des douleurs aux épaules,
à la mâchoire ou aux oreilles ☐ ☐

Avez-vous déjà reçu un coup/choc sur les dents
ou la mâchoire ☐ ☐

Pouls/pression : _____

Quel est votre métier? _____

Est-ce que quelque chose vous fait peur chez le dentiste? _____

Qu'est-ce qui vous incommode pendant vos visites dentaires? _____

Quel est votre idéal par rapport à votre santé dentaire : _____

ALLERGIE

ALLERGIE	OUI	TYPE DE RÉACTION	DEPUIS QUAND
Latex			
Menthe ou colorant			
Anesthésie et dérivés			
Médicaments			
Aliments			

Depuis quand : _____

Cessé quand : _____

FUMEUR

Date	# de cigarette par jour	* Niveau d'importance	Pensez-vous arrêter d'ici 1 mois	D'ici 6 mois	J'y pense	Je ne veux pas arrêter	Raison



CLINIQUE DENTAIRE

247, boul. St-Luc, Suite 201, Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J2W 0J3 450 349-0410

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Date de naissance _____ Nom _____
Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre Prénom _____
Téléphone maison _____ Adresse _____
Téléphone travail _____ Ville _____
Cellulaire / téléavertisseur _____ Code postal _____
Courriel _____ Numéro d'assurance maladie _____
Acceptez-vous que l'on communique avec vous par courriel? _____ Expiration _____
Êtes-vous citoyens canadien? _____ Quel est votre métier? _____
Comment avez-vous connu la clinique? _____

RESPONSABLE DU PAIEMENT DES HONORAIRES

Nom de la mère _____ Tél _____
Nom du père _____ Tél _____
Avez-vous une assurance dentaire? ☐ Oui ☐ Non Nom de la compagnie _____
Numéro de contrat / groupe _____ Numéro d'identité / certificat _____
Nom du titulaire de l'assurance _____ Date de naissance _____ Lien de parenté _____

RÉFÉRENCES MÉDICALES

Nom de votre médecin généraliste _____ Tél _____
Nom de votre (vos) médecin(s) spécialiste(s) _____ Tél _____
_____ Tél _____
_____ Tél _____
Nom de la pharmacie _____ Tél _____
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence _____ Tél _____

Je, sous-signé, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical qui suit au meilleur de ma connaissance. Si au cours de mes traitements, il se produisait des changements concernant mon état de santé et la prise de médicaments, je consens à vous en informer immédiatement. J'accepte que le dentiste ou son personnel puisse communiquer avec tout professionnel de la santé me traitant dans le but de m'offrir les traitements les plus adaptés à mes besoins.

Signature _____ Date _____
(Patient ou responsable)