

Dr. M. Mme Mlle

Nom _____ Courriel _____
Nom Prénom

Date de naissance _____ Âge _____ Sexe _____ Cellulaire _____
Jour / Mois / Année Tél. Domicile _____

Adresse _____
Rue Ville Province / État Code Postal

Occupation _____ Employeur _____ Téléphone (____) _____
Poste

Nom du conjoint(e) ou parent _____ Téléphone au travail (____) _____

En cas d'urgence _____ Téléphone (____) _____

Médecin de famille _____ Téléphone (____) _____

Spécialiste Médical _____ Téléphone (____) _____

Référé(e) par: _____ Assurance dentaire Oui Non

ASSURANCE DENTAIRE PRIMAIRE

Nom de l'assuré(e) _____ Date de naissance _____
Jour / Mois / Année

Compagnie d'assurance _____

Groupe / No. Police _____ No. Certificat _____

ASSURANCE DENTAIRE SECONDAIRE

Nom de l'assuré(e) _____ Date de naissance _____
Jour / Mois / Année

Compagnie d'assurance _____

Groupe / No. Police _____ No. Certificat _____

Les informations suivantes sont nécessaires pour nous permettre de vous fournir les meilleurs soins dentaires possible. Toutes les informations sont strictement confidentielles et protégées par la confidentialité docteur-patient. Le dentiste revisera le questionnaire et répondra à vos questions, s'il y a lieu.

QUESTIONNAIRE DE L'HISTORIQUE DENTAIRE

- Raison de votre visite aujourd'hui? _____
- Date de votre dernière visite chez le dentiste? Ce qui a été fait lors de ce rendez-vous? _____
- Date de vos dernières radiographies? _____
- À quelle fréquence brossez-vous vos dents et utilisez-vous la soie dentaire? Saignez-vous des gencives lors du brossage ou de l'utilisation de la soie dentaire?

OUI INCERTAIN NON

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Avez-vous mauvaise haleine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Voyez-vous un dentiste régulièrement? Si non, pourquoi? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous déjà consulté un spécialiste dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous déjà vécu une mauvaise expérience ou des complications lors d'un traitement dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous déjà subi une blessure grave aux dents ou aux mâchoires ou avez-vous été impliqué dans un accident de la route? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous des problèmes avec votre mâchoire (craquement, mouvement limité, douleur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Avez-vous déjà été conseillé(e) de prendre des antibiotiques avant votre rendez-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aimez-vous l'apparence de vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questionnaire Médical

OUI INCERTAIN NON

- Êtes-vous présentement suivi par un médecin ou l'avez-vous été dans la dernière année? Si oui, veuillez expliquer. _____
- À quand remonte votre dernier examen médical? _____
- Y a-t-il eu des changements dans votre condition médicale dans la dernière année? _____
- Prenez-vous des médicaments prescrits ou non ou des suppléments à base de plantes? Si oui, veuillez les énumérer. _____
- Avez-vous des **allergies**? Si oui, veuillez les cocher ou les énumérer?
 Pénicilline Codéine Latex Autres _____
- Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un médicament ou à une anesthésie? Si oui, veuillez expliquer. _____
- Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ou de tension artérielle?
- Avez-vous déjà eu un remplacement ou une intervention à une valve cardiaque, une infection au cœur (ex. endocardite infectieuse) maladie cardiaque congénitale ou une transplantation cardiaque?
- Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle?
- Avez-vous des conditions ou des thérapies qui pourraient affecter votre système immunitaire? (ex. leucémie, sida, infection VIH, radiothérapie, chimiothérapie)
- Avez-vous un trouble de saignement ou de coagulation?
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une maladie ou pour une chirurgie? Si oui, expliquez. _____

Avez-vous déjà eu l'une des maladies suivantes? Cochez svp.

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine, angine | <input type="checkbox"/> rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> traitement aux stéroïdes | <input type="checkbox"/> convulsions (épilepsie) |
| <input type="checkbox"/> crise cardiaque | <input type="checkbox"/> prolapsus de la valve mitrale | <input type="checkbox"/> maladies pulmonaires | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> maladie de rein |
| <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> tuberculose | <input type="checkbox"/> ulcères d'estomac | <input type="checkbox"/> glandes thyroïdes | <input type="checkbox"/> essoufflement |
| <input type="checkbox"/> souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> cancer | <input type="checkbox"/> arthrite | <input type="checkbox"/> drogues/alcool/usage de cannabis ou une dépendance | <input type="checkbox"/> ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> maladie du foie | <input type="checkbox"/> hépatite | | <input type="checkbox"/> médicaments (Fosamax, Actonel, Prolia) |

Y a-t-il des conditions ou maladies non énumérées ci-dessus que vous avez ou avez eu? Si oui, veuillez expliquer. _____

- Fumez-vous ou mâchez-vous du tabac? Oui Non
- Êtes-vous enceinte? Oui Non Incertaine/Peut-être
Si oui, la date prévue de l'accouchement? _____
- Allaitiez-vous? Oui Non
- Vous identifiez-vous comme un(e) patient(e) ayant une invalidité? Oui Non Incertaine/Peut-être
Si oui, expliquez _____

CONSENTEMENT D'INFORMATION / INFORMATION GÉNÉRALE

Je, soussigné(e), déclare avoir fourni les antécédents médicaux / dentaires véridiques et complets et n'avoir consciemment omis aucune information. J'ai eu l'occasion de poser des questions et de recevoir des réponses concernant ces antécédents médicaux / dentaires et je consens à ce que mon médecin soit contacté si nécessaire. J'autorise le dentiste à effectuer des interventions et des services de diagnostic, de chirurgie dentaire et buccale, y compris l'utilisation d'anesthésiques, si nécessaire. Je comprends également que j'assume la responsabilité de tous les frais associés aux procédures et services.

Signature du Patient/Parent/Tuteur: _____ Date: _____
Jour Mois Année

Signature du Dentiste: _____ Date: _____
Jour Mois Année