



QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL BIENVENUE À NOTRE BUREAU

S.V.P : EN LETTRES MOULÉES

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse de courriel : _____

Téléphone : Maison _____ Travail _____ ext _____ Cell _____

Assurance dentaire : Oui Non Nom de la Co. d'assurance : _____ Police : _____

Certificat : _____ Vous êtes référé par : _____

HISTORIQUE MÉDICALE

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Est ce que vous êtes présentement suivi par un medecin? -- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pour quelle raison? _____ | | |
| Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels? _____ | | |
| Êtes-vous enceinte ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de : | | |
| * Troubles cardiaques | | |
| (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle, etc)? ---- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Fièvre rhumatismale ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Saignements prolongés ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Anémie ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Tension artérielle (pression) Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| * Troubles digestifs ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Ulcère de l'estomac ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cinthose, etc.)-- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Troubles du rein ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Maladies transmises sexuellement (MTS) ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Diabète ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Troubles thyroïdiens ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Maladies de la peau ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Problèmes oculaires (yeux) ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Arthrite ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Épilepsie ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Troubles nerveux ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Maux de tête fréquents ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Étourdissements, évanouissements ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Maux d'oreilles ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Rhume des foins ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Asthme ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fumez-vous? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous atteint du sida? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous séropositif? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc)?- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIQUE MÉDICALE

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants : | | |
| Oui Non | | |
| Aliments----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iode ----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline ----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirine ----- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres Antibiotiques - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anesthésie locale ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfamides ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codéine ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIQUE DENTAIRE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Est-ce que vous avez déjà été hospitalisé ou eu des opérations autre que dentaires ? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, pourquoi et quand | | |
| _____ date _____ | | |
| _____ date _____ | | |
| Combien de fois par jour brossez-vous vos dents? _____ | | |
| Combien de fois par jour utilisez-vous la soie dentaire? _____ | | |
| Est-ce que vous grincez des dents durant la nuit? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exercez-vous des sports avec contact physique? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vos gencives saignent? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aimez-vous la couleur de vos dents? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous content de votre sourire? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aimeriez-vous discuter des traitements possibles pour améliorer votre sourire? ----- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous avez peur des traitements dentaires? | | |
| un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/> pas du tout <input type="checkbox"/> | | |
| Dernière visite : 0-6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> + de 12 mois <input type="checkbox"/> | | |

Je soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus et versé au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

- J'autorise la consultation de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du(des) dentiste(s) traitant(s).
- On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le(les) dentiste(s) et son(leur) personnel auxiliaire y aura(auront) seul(s) accès.

On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

Signature _____ Date _____
(parent ou gardien)