

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M ☐ F ☐ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. dom. : _____ trav. : _____ Cell. : _____

Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____ Courriel : _____

N° ass. maladie : _____ Date d'expiration : _____ N° ass. sociale (facultatif) : _____

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent ☐ ou du tuteur ☐ : _____

_____ Monsieur ☐ Madame ☐

En cas d'urgence, contacter : _____

Raison de la visite : _____ Adressé par : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non		Oui	Non
Poids : _____ Taille : _____			19. Troubles thyroïdiens	☐	☐
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?	☐	☐	20. Maladies de la peau	☐	☐
Si oui, raison : _____			21. Problèmes oculaires (yeux)	☐	☐
_____			22. Arthrite	☐	☐
_____			23. Ostéoporose	☐	☐
_____			Prenez-vous des bisphosphonates ?	☐	☐
Nom du médecin : _____			24. Épilepsie	☐	☐
Tél. : _____ Poste : _____			25. Troubles nerveux	☐	☐
2. Prenez-vous présentement des médicaments			26. Maladies psychiatriques	☐	☐
ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?	☐	☐	Spécifiez : _____		
Si oui, lesquels : _____			27. Maux de tête fréquents	☐	☐
_____			28. Étourdissements, évanouissements	☐	☐
_____			29. Maux d'oreilles	☐	☐
_____			30. Rhume des foins	☐	☐
3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?	☐	☐	31. Asthme	☐	☐
Spécifiez : _____			32. Fumez-vous ?	☐	☐
- des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?	☐	☐	33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie		
- des hormones ? Spécifiez : _____	☐	☐	et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?	☐	☐
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?	☐	☐	34. Êtes-vous atteint du sida ?	☐	☐
5. Êtes-vous enceinte ?	☐	☐	35. Êtes-vous séropositif ?	☐	☐
Allaitez-vous ?	☐	☐	36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?	☐	☐
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :			37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez ?	☐	☐
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) ...	☐	☐	38. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
7. Fièvre rhumatismale	☐	☐	38.1 Latex	☐	☐
8. Problèmes sanguins :			38.2 Aliments	☐	☐
8.1 Hémophilie	☐	☐	38.3 Iode	☐	☐
8.2 Saignements prolongés	☐	☐	38.4 Aspirine	☐	☐
8.3 Sang clair	☐	☐	38.5 Sulfamides	☐	☐
8.4 Anémie	☐	☐	38.6 Pénicilline	☐	☐
8.5 Autres : Spécifiez _____	☐	☐	38.7 Codéine	☐	☐
9. Tension artérielle (pression) : haute ☐ basse ☐	☐	☐	38.8 Autres antibiotiques	☐	☐
10. Rhumes fréquents ou sinusite	☐	☐	38.9 Anesthésie locale	☐	☐
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	☐	☐	38.10 Autres	☐	☐
12. Troubles digestifs : Spécifiez _____	☐	☐	Spécifiez : _____		
13. Ulcère de l'estomac	☐	☐	39. Consommez-vous des drogues ?	☐	☐
14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)	☐	☐	40. Consommez-vous de l'alcool ?		
15. Troubles du rein	☐	☐	Peu ou pas ☐ Modérément ☐ Beaucoup ☐		
16. Urinez-vous souvent ?	☐	☐	41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions		
17. Infections transmissibles sexuellement (ITS)	☐	☐	chirurgicales autres que dentaires ?	☐	☐
18. Diabète	☐	☐	Si oui, lesquelles et quand : _____		
			_____ date _____		
			_____ date _____		
			_____ date _____		
			42. Craignez-vous les traitements dentaires ?		
			Un peu ☐ Beaucoup ☐ Pas du tout ☐		
			43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ? ☐	☐	
			Remarque : _____		

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS :

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

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

Traitements reçus :

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :

1. Démonstration d'hygiène buccale
2. Traitement des gencives
3. Traitement d'orthodontie
4. Traitement de canal
5. Obturations
6. Couronne(s) et/ou ponts

Oui Non

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

7. Prothèses complètes et/ou partielles
8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions
9. Implants dentaires
10. Radiographies dentaires
11. Autres

Oui Non

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

RÉSERVÉ AU DENTISTE

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature : _____ Date : _____
Dentiste traitant

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire 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 constitution 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 : _____
Patient ou responsable