



L'EXPÉRIENCE DENTAIRE

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom : _____ M F Date de naissance : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Tél. Domicile : _____ Tél. Cellulaire : _____
Tél. Bureau : _____ Poste _____ Courriel électronique : _____
Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Tél. : _____
Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire ? _____
Avez-vous une assurance dentaire Oui Non

HISTORIQUE MÉDICAL

En ce qui concerne les questions ci-dessous, veuillez répondre à celles qui vous concernent. Les renseignements requis sont essentiels afin de vous offrir les meilleurs soins dentaires. Vos réponses sont pour nos dossiers exclusivement et demeureront confidentielles.

- Êtes-vous en bonne santé ?
 Oui Non Date du dernier examen physique ? _____
- Pendant la dernière année, est-ce qu'il y a eu des changements à votre santé générale ?
 Oui Non Si oui, expliquez : _____
- Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une maladie sérieuse, une intervention chirurgicale ou dû être hospitalisé(e) ?
 Oui Non Si oui, expliquez : _____
- Prenez-vous ou avez-vous récemment pris un/des médicament(s) (incluant des médicaments non prescrits) ?
 Oui Non Si oui, lequel/lesquels ? : _____
- Consommez-vous du tabac ?
 Oui Non Si oui, quel type ? Cigarettes Cigares Pipe Tabac à chiquer
- Êtes-vous allergique ou avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants : Oui Non Si oui, cochez :
 Anesthésie locale Pénicilline Codéine Aliments
 Sulfamides Animaux Aspirine Iode
 Rhume des foins Barbituriques/Sédatifs Latex Autres _____
- Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, coudes, etc.) ?
 Oui Non Si oui, date de la chirurgie : _____
- Est-ce qu'un médecin ou un ancien dentiste a recommandé que vous preniez des antibiotiques avant votre traitement dentaire ?
 Oui Non Si oui, quel antibiotique et la dose : _____
Nom du médecin ou dentiste : _____ Téléphone: _____

Veuillez indiquer si vous avez présentement ou si vous avez déjà eu les maladies ou problèmes ci-dessous

| | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| Anémie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Hémophilie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Arthrite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Saignements prolongés | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Reflux gastrique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles des reins | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Ulcères | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de sinus | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Polyarthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Troubles de la glande thyroïde | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles neurologiques | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Évanouissements ou crises | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Maux de tête intenses | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Perte de poids sévère ou rapide | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Cancer | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Chimio./Radiation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | SIDA ou infection à VIH | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

SUITE DU QUESTIONNAIRE AU VERSO

Maladie cardiovasculaire :

Angine Oui Non

Hypertension artérielle Oui Non

Hypotension artérielle Oui Non

Artériosclérose Oui Non

Valvules cardiaques artificielles Oui Non

Valvules cardiaques endommagées Oui Non

Crise cardiaque Oui Non

Souffle cardiaque Oui Non

Cardite rhumatismale Oui Non

Prolapsus de la valvule mitrale Oui Non

Stimulateur Oui Non

Troubles respiratoires :

Emphysème Oui Non

Tuberculose Oui Non

Bronchite Oui Non

Asthme Oui Non

Diabète : Oui Non

Si oui, spécifiez ci-dessous :

Type 1 (dépendant de l'insuline) Oui Non

Type 2 Oui Non

Hépatite : Oui Non

Si oui, spécifiez ci-dessous :

A B C

Avez-vous une maladie, condition ou problème autre que ceux énumérés ci-dessus ?

Oui Non Si oui, spécifiez : _____

Pour femmes seulement

Êtes-vous enceinte ? Oui Non Est-ce que vous allaitez ? Oui Non

Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ? Oui Non

Si oui, **AVERTISSEMENT**: Les antibiotiques peuvent modifier l'efficacité des anovulants.

Pour enfants seulement

Est-ce que l'enfant a récemment eu :

Rougeole Oui Non

Pharyngite streptococcique Oui Non

Amygdalite Oui Non

Oreillons Oui Non

Varicelle Oui Non

Indiquer la date approximative : _____

HISTORIQUE DENTAIRE

1. Raison pour la visite d'aujourd'hui ? _____

2. Date de la dernière visite dentaire ? _____ Date des dernières radiographies ? _____

3. Date du dernier nettoyage dentaire ? _____ Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ? Oui Non

4. Avez-vous déjà eu une réaction adverse à l'anesthésie locale ? Oui Non

Si oui, s.v.p. expliquer : _____

5. Dans le passé, avez-vous déjà eu des troubles sérieux associés à un traitement dentaire ? Oui Non

Si oui, s.v.p. expliquer : _____

Veillez indiquer ceux qui s'appliquent

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine | <input type="checkbox"/> Gencives saignantes | <input type="checkbox"/> Collection de nourriture entre les dents |
| <input type="checkbox"/> Craquement de la mâchoire | <input type="checkbox"/> Grincement ou serrement des dents | <input type="checkbox"/> Dents branlantes ou plombages brisés |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité au froid et/ou au chaud | <input type="checkbox"/> Sensibilité aux sucreries | <input type="checkbox"/> Respiration buccale lors du réveil ou du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Lésions ou masse dans la bouche | <input type="checkbox"/> Sensibilité à mâcher | |

Est-ce que vos dents sont trop foncées ou jaunes ? Oui Non

Êtes-vous insatisfait de l'apparence de vos dents ? Oui Non

Si oui, quels changements aimeriez-vous effectuer ? _____

LIBÉRATION ET CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Par la présente, je garantie avoir complété ce questionnaire correctement et à ma connaissance véridique et je n'ai pas consciemment omis des renseignements. J'ai eu la possibilité de poser mes questions et d'avoir les réponses à toutes questions concernant mes antécédents médicaux et dentaires. **Si des changements auraient lieu à l'égard de ma santé ou tout autre renseignement que j'ai fourni, j'aviserai la clinique dentaire.** J'autorise le dentiste à effectuer toutes procédures diagnostiques requises pour déterminer le traitement nécessaire. Je comprends que les renseignements fournis de la part de ou à mon médecin ou autre professionnel de la santé peuvent être requis.

Je comprends que la responsabilité du paiement pour les services dentaires offerts dans cette clinique pour moi ou mes dépendants est la mienne. LE PAIEMENT EST DÛ ET PAYABLE AU MOMENT OÙ LE SERVICE À ÉTÉ EFFECTUÉ À MOINS QU'UN PLAN DE PAIEMENT EXTENSIF A ÉTÉ CONVENU AVEC LA CLINIQUE DENTAIRE.

Signature : _____
 patient parent tuteur dûment nommé

Signature du dentiste : _____

Date : _____