

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe: F  M

N° civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_ Date de naissance A/M/J \_\_\_\_\_ N° assurance sociale (facultatif) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ N° assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Raison de la visite \_\_\_\_\_ Adressé par \_\_\_\_\_

Si vous avez moins de 18 ans, inscrire le nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Parent  Madame

Tuteur  Monsieur

### Antécédents médicaux

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Médecin de famille \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui  Non  Si oui, raison \_\_\_\_\_  
Nom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_
2. Si vous prenez des médicaments ou en avez pris au cours des six derniers mois, spécifiez :

Raison	Nom du médicament	Nom du médecin qui l'a prescrit et téléphone

<p>3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Spécifiez _____</p> <p>Des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Des hormones ? Spécifiez _____</p> <p>4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>5. Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Allaitiez-vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b></p> <p>6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>7. Fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8. Problèmes sanguins :</p> <p>8.1 Hémophilie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 Saignements prolongés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8.3 Sang clair <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8.4 Anémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8.5 Autres, spécifiez _____</p> <p>9. Tension artérielle (pression) Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/></p> <p>10. Rhumes fréquents ou sinusite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>12. Troubles digestifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Spécifiez _____</p> <p>13. Ulcère de l'estomac <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>15. Troubles du rein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>16. Urinez-vous souvent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>17. Infections transmissibles sexuellement (ITS) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>18. Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>19. Troubles thyroïdiens <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>20. Maladies de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Oui Non</p>	<p>21. Problèmes oculaires (yeux) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>22. Arthrite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>23. Ostéoporose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Prenez-vous des bisphosphonates ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>24. Épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>25. Troubles nerveux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>26. Maladies psychiatriques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Spécifiez _____</p> <p>27. Maux de tête fréquents <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>28. Étourdissements, évanouissements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>29. Maux d'oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>30. Rhume des foins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>31. Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>32. Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>34. Êtes-vous atteint du sida ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>35. Êtes-vous séropositif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>36. Avez-vous des prothèses articulaires ? (hanche, genou, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>38. Avez-vous déjà eu une réaction, allergique ou autre, aux produits suivants:</p> <table border="0"> <tr> <td>38.1 Latex <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td>38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>38.2 Aliments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td>38.7 Codéine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>38.3 Iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td>38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td>38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td>38.10 Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Spécifiez _____</p> <p>39. Consommez-vous des drogues ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	38.1 Latex <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.2 Aliments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.7 Codéine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.3 Iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.10 Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<p>Oui Non</p>
38.1 Latex <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>												
38.2 Aliments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.7 Codéine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>												
38.3 Iode <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>												
38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>												
38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	38.10 Autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>												

VERSO

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

### Antécédents médicaux (suite)

Oui Non

Oui Non

40. Consommez-vous de l'alcool ?

Peu ou pas  Modérément  Beaucoup

41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Lesquelles \_\_\_\_\_ 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 ?

Remarques \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Antécédent dentaires

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

Traitements reçus \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que

Oui Non

Oui Non

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

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

### 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 dentiste et son personnel seuls y auront 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 du patient ou responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### À l'usage du professionnel

Précautions

### 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 du dentiste traitant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_