



## 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

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?  Oui  Non  
 Si oui, raison : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

2. Prenez-vous présentement des médicaments  
 ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?  Oui  Non  
 Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?  Oui  Non  
 Spécifiez : \_\_\_\_\_  
 - des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?  Oui  Non  
 - des hormones ? Spécifiez : \_\_\_\_\_

4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?  Oui  Non

5. Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non  
 Allaitiez-vous ?  Oui  Non

#### Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) ...  Oui  Non  
 7. Fièvre rhumatismale  Oui  Non  
 8. Problèmes sanguins :  
 8.1 Hémophilie  Oui  Non  
 8.2 Saignements prolongés  Oui  Non  
 8.3 Sang clair  Oui  Non  
 8.4 Anémie  Oui  Non  
 8.5 Autres : Spécifiez \_\_\_\_\_  Oui  Non  
 9. Tension artérielle (pression) : haute  basse   Oui  Non  
 10. Rhumes fréquents ou sinusite  Oui  Non  
 11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires  Oui  Non  
 12. Troubles digestifs : Spécifiez \_\_\_\_\_  Oui  Non  
 13. Ulcère de l'estomac  Oui  Non  
 14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)  Oui  Non  
 15. Troubles du rein  Oui  Non  
 16. Urinez-vous souvent ?  Oui  Non  
 17. Infections transmissibles sexuellement (ITS)  Oui  Non  
 18. Diabète  Oui  Non

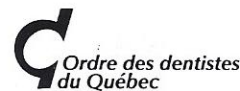
19. Troubles thyroïdiens  Oui  Non  
 20. Maladies de la peau  Oui  Non  
 21. Problèmes oculaires (yeux)  Oui  Non  
 22. Arthrite  Oui  Non  
 23. Ostéoporose  Oui  Non  
 Prenez-vous des biphosphonates ?  Oui  Non  
 24. Épilepsie  Oui  Non  
 25. Troubles nerveux  Oui  Non  
 26. Maladies psychiatriques  Oui  Non  
 Spécifiez : \_\_\_\_\_  
 27. Maux de tête fréquents  Oui  Non  
 28. Étourdissements, évanouissements  Oui  Non  
 29. Maux d'oreilles  Oui  Non  
 30. Rhume des foins  Oui  Non  
 31. Asthme  Oui  Non  
 32. Fumez-vous ?  Oui  Non  
 33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie  
 et/ou de chimiothérapie (tumeur) ?  Oui  Non  
 34. Êtes-vous atteint du sida ?  Oui  Non  
 35. Êtes-vous séropositif ?  Oui  Non  
 36. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?  Oui  Non  
 37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ?  Oui  Non  
 38. Avez-vous déjà eu une **réaction allergique** ou autre aux produits suivants :  
 38.1 Latex  Oui  Non 38.6 Pénicilline  Oui  Non  
 38.2 Aliments  Oui  Non 38.7 Codéine  Oui  Non  
 38.3 Iode  Oui  Non 38.8 Autres antibiotiques  Oui  Non  
 38.4 Aspirine  Oui  Non 38.9 Anesthésie locale  Oui  Non  
 38.5 Sulfamides  Oui  Non 38.10 Autres  Oui  Non  
 Spécifiez : \_\_\_\_\_

39. Consommez-vous des drogues ?  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 ?  Oui  Non  
 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 ?  Oui  Non  
 Remarque : \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

### À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS :

1. Est-ce que c'est important pour vous de conserver vos dents ? \_\_\_\_\_
2. Sur une échelle de 1 à 10, dont 10 serait la santé optimale, à combien évaluez-vous votre santé dentaire ? \_\_\_\_\_
3. Sur une échelle de 1 à 10, dont 10 serait la santé optimale, qu'aimeriez-vous atteindre comme santé dentaire ? \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Prothèses complètes et/ou partielles           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement des gencives         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Implants dentaires                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Radiographies dentaires                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturations                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Autres  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Couronne(s) et/ou ponts         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

### 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