

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL**

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ F  M  Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : résidence : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_

Marié(e)  Célibataire  Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Langue parlée : Français  Anglais  Autre

N° de la carte médicale : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Assurance dentaire : oui  non

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Votre occupation : \_\_\_\_\_

Raison de votre visite : \_\_\_\_\_

Nom du dentiste traitant : \_\_\_\_\_ Votre référence : \_\_\_\_\_

Date et raison de votre dernière visite chez le dentiste : \_\_\_\_\_

Comment évalué-vous votre présente santé médicale ? Excellente  Bonne  Moyenne  Mauvaise

**HISTOIRE MÉDICALE**

	OUI	NON
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?		
2. Femmes : Êtes-vous enceinte ?		
3. Femmes : Prenez-vous des anovulants ? (pilule anticonceptionnelle)		
4. Hommes : Problèmes de prostate		
5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, valvulaires, souffle)		
6. Saignements prolongés		
7. Anémie ou autres troubles sanguins		
8. Tension artérielle (pression) Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/>		
9. Fièvre rhumatismale		
10. Rhumes fréquents ou sinusites		
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires		
12. Asthme		
13. Rhumes des foies		
14. Troubles digestifs		
15. Ulcère de l'estomac ou du duodéal		
16. Problèmes de foie		
17. Diabète		
18. Troubles thyroïdiens ou parathyroïdiens		
19. Arthrite		
20. Maladie de la peau		
21. Problèmes oculaires (yeux), glaucome, etc.,		
22. Épilepsie		

	OUI	NON
23. Maux de tête fréquents		
24. Étourdissements, évanouissements		
25. Maux d'oreilles		
26. Troubles nerveux ou dépression		
27. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)?		
28. Dépendance à l'alcool, drogues, ou tabagisme		
29. Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ?		
30. Avez-vous des prothèses articulaires ou valve du cœur ?		
31. Allergies ou réactions aux produits suivants ?		
Certains aliments		
Tétracycline		
Iodine		
Codeïne		
Aspirine		
Anesthésie locale		
Penicilline		
Latex / Métaux		
Erythromycine		
Sulfamides		
Autres		
32. Prenez-vous des médicaments pour l'ostéoporose ou l'ostéopénie ?		

**HISTOIRE MÉDICALE**

	OUI	NON
Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :		
1. Démonstration d'hygiène buccale		
2. Traitements des gencives		
3. Traitements d'orthodontie		
4. Traitements de canal		
5. Obturations		
6. Couronnes et/ou ponts		
7. Prothèses complètes et/ou partielles		
8. Extraction		
9. Implants dentaires		
10. Radiographies dentaires		
11. Autres ; spécifiez :		
_____		
_____		
À l'usage du professionnel :		
_____		
_____		

Liste des médicaments, suppléments et/ou vitamines pris dans les deux dernières années.

Médicaments	Raison	Médicaments	Raison
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SVP NOUS AVISER DE TOUT CHANGEMENT À VOTRE HISTOIRE MÉDICALE OU DE TOUT MÉDICAMENT NOUVELLEMENT PRESCRIT**

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

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_