

# QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F Nom:

Prénom :

Adresse :

App. :

Ville :

Code postal :

Tél. dom. :

trav. :

poste :

Adresse électronique :

Date de naissance : Année :

Mois :

Jour :

Tuteur :

N° ass. maladie :

Référé(e) par :

Raison de la visite :

Ass. Non ass. RAMQ

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- |  | Oui | Non |  | Oui | Non |
|--|-----|-----|--|-----|-----|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? .....   |     |     | o) Maladies de la peau .....   |     |     |
| Si oui, le(s)quel(s):  |     |     | p) Problèmes oculaires (yeux) .....  |     |     |
| Nom :  |     |     | q) Arthrite .....  |     |     |
| Nom :  |     |     | r) Épilepsie .....   |     |     |
| 2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? ..... |     |     | s) Troubles nerveux .....  |     |     |
| Si oui, lesquels :   |     |     | t) Maux de tête fréquents .....  |     |     |
| LISTE DES MÉDICATMENTS :   |     |     | u) Maux de tête fréquents .....  |     |     |
| 3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement ?                                    |     |     | v) Maux d'oreilles .....   |     |     |
| 4. Êtes-vous enceinte ? .....  |     |     | w) Rhume des foies .....   |     |     |
| 5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) .....                                      |     |     | x) Asthme .....  |     |     |
| <b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>  |     |     | 6. Fumez-vous ? .....  |     |     |
| a) Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)                             |     |     | 7. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ..... |     |     |
| b) Fièvre rhumatismale .....   |     |     | 8. Êtes-vous atteint du sida .....   |     |     |
| c) Saignements prolongés .....   |     |     | 9. Êtes-vous séropositif ? .....   |     |     |
| d) Anémie .....  |     |     | 10. Avez-vous des probhèses articulaires (hanche, genou, etc.) .....                           |     |     |
| e) Tension artérielle (pression) : haute basse .....   |     |     |  |     |     |
| f) Rhumes fréquents ou sinusite .....  |     |     |  |     |     |
| g) Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....  |     |     |  |     |     |

- h) Troubles digestifs .....
- i) Ulcère de l'estomac .....
- j) Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) .....
- k) Troubles du rein .....
- l) Maladies transmises sexuellement (MTS) .....
- m) Diabète .....
- n) Troubles thyroïdiens .....

11. Avez-vous déjà eu une réaction aux produits suivants :
- |                      | Oui | Non | Oui      | Non |
|----------------------|-----|-----|----------|-----|
| Aliments             |     |     |          |     |
| Aspirine             |     |     |          |     |
| Pénicilline          |     |     |          |     |
| Autres antibiotiques |     |     |          |     |
| Spécifiez :          |     |     | Autres : |     |
- 12 Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? .....
- Si oui, lesquelles et quand :
- date
- date
- date
13. Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine, tatouage, percing, acupuncture ? .....
14. Avez-vous déjà reçu des soins d'ordre psychique ou psychologique ?
15. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ?
- Remarques :

## 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 (plombages blancs ou gris)

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

- |   | Oui | Non | Oui | Non |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 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  |     |     |     |     |

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 : \_\_\_\_\_  
Patient ou responsable

Date : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE RELATIF À VOTRE SANTÉ DENTAIRE

Oui

Non

1. Êtes-vous incommodé(e) par :
  - Des dents mobiles (dents qui branlent) ?
  - Des saignements de gencives lorsque vous brossez vos dents ?
  - Des saignements lorsque vous passez votre soie dentaire ?
  - La couleur (plus ou moins blanche) de vos dents ?
  - La mauvaise haleine ?
  - Une ou des dents manquantes (extraites) ?
  - La forme de vos dents ?
  - L'alignement de vos dents ?
  - La grosseur de vos dents ?
  - Des dents sensibles au froid ?    au chaud ?    au sucre ?    au brossage ?
2. Avez-vous tendance à serrer les dents ?
3. Avez-vous tendance à grincer les dents la nuit ?
4. Quelles sont les choses que vous désireriez améliorer en priorité au niveau de votre bouche ?
  
5. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus lorsque vous visitez un dentiste ?
  
6. Que pourrions-nous faire pour rendre votre visite le plus agréable possible ?
  
7. Avez-vous d'autres commentaires dont vous aimeriez nous faire part ?

