



# QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL



Sexe : M  F  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Tél dom : \_\_\_\_\_ trav : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Tuteur : \_\_\_\_\_  
 N° ass. maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ N° ass. sociale (facultatif) : \_\_\_\_\_  
 En cas d'urgence, contacter : \_\_\_\_\_ Raison de la visite : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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

	Oui	Non		Oui	Non
1			27		
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :			28		
Nom : _____ Prénom : _____			Rhume des foins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tél : _____ Poste : _____			29		
2			Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30		
Si oui, lesquels : _____			Fumez-vous?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			31		
Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			32		
Êtes-vous enceinte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous atteint de sida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			33		
Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous séropositif?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :			34		
6			Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35		
7			Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants :		
Fièvre rhumatismale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oui	Non
8			Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements prolongés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres		
10			antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifiez : _____		
11			Autres : _____		
Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36		
12			Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, les quelles et quand :		
13			_____ date _____		
Troubles digestifs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ date _____		
14			_____ date _____		
Ulcère de l'estomac.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37		
15			Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes du foie (hépatite : virus ,B,C,etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16					
Troubles de rein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17					
Maladies transmises sexuellement (MTS).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18					
Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19					
Troubles thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20					
Maladie de la peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21					
Problèmes oculaires (yeux).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22					
Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23					
Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24					
Troubles nerveux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
25					
Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26					
Étourdissements, évanouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

**PRÉCAUTIONS:**



CLINIQUE DENTAIRE ST-LEONARD

## ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

1. Date de la dernière consultation dentaire? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/    Date des dernières radiographies dentaires \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/
2. Motif de la dernière consultation \_\_\_\_\_
3. Avez-vous des questions concernant de précédents traitements dentaires ou la présente consultation? \_\_\_\_\_
4. Vos gencives saignent-elles? (Encercler)    Oui    Non
5. Vos dents sont-elles mobiles? (Encercler)    Oui    Non
6. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une maladie des gencives? (Encercler)    Oui    Non
7. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez mauvaise haleine? (Encercler)    Oui    Non
8. Vos dents sont-elles sensibles (Encercler plus qu'une réponse le cas échéant)    Sucreries    Froid    Chaud    Pression
9. Avez-vous déjà éprouvé des douleurs à l'articulation de votre mâchoire (craquement, pression)? (Encercler)    Oui    Non
10. Aimez-vous votre sourire? (Encercler)    Oui    Non  
Dans la négative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
11. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter à votre condition dentaire? \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ AU DENTISTE

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses aux questionnaires d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature : \_\_\_\_\_

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

Dentiste traitant

Ce formulaire est produit par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en collaboration avec l'Ordre des dentistes du Québec. Tous droits réservés.

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