

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

NOM DE FAMILLE :		PRENOM :		DATE DE NAISSANCE : JJ/MM/AAAA		SEXE : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
No. ASSURANCE MALADIE :		DATE D'EXPIRATION : JJ/MM/AA		No. ASSURANCE SOCIALE :		COURRIEL :	
ADRESSE:		APT:	VILLE:	CODE POSTAL :		REFERE PAR :	
TELEPHONE (R) :		TELEPHONE (T) :		POSTE :		CELL :	
ASSURANCE DENTAIRE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON COMPAGNIE :			OCCUPATION :			<input type="checkbox"/> BES : TUTEUR :	
RAISON DE LA VISITE :							

ANTÉCÉDENT MÉDICAUX

Poids: _____ Taille: _____

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

A l'usage du professionnel

Précautions

ANTÉCÉDENT DENTAIRE

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

		Oui	Non			Oui	Non
Traitement reçus:				6. Couronne(s) et/ou ponts.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tel que :				7. Prothèses complètes et/ou partielles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1. Démonstration d'hygiène buccale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Traitement des gencives.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9. Implants dentaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Traitement d'orthodontie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		10. Radiographies dentaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Traitement de canal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		11. Autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Obturations.....	<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

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicaux-dentaire 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