

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

Renseignements personnels

Prénom _____
 Nom _____
 Sexe F M
 Date de naissance _____
 Num. s'ass. maladie _____ Expiration _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____

Coordonnées

Tél. domicile _____
 Tél. travail _____
 Tél. cell. _____
 Courriel _____
En cas d'urgence
 Nom _____
 Lien avec vous _____
 Tél. principal _____
 Tél. cell. _____

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui _____
 Craignez-vous les traitements dentaires ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup
 Précisez _____

Dernière visite
 0 - 6 mois 6 - 12 mois + de 12 mois
 Traitement(s) reçu(s) _____

AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

OUI NON

OUI NON

- 1 une hospitalisation pour maladie ou blessure OUI NON
- 2 une réaction allergique à
 - l'aspirine, l'ibuprofène, l'acétaminophène, la codéine
 - la pénicilline la tétracycline
 - l'érythromycine au fluorure
 - au sulfite au latex
 - un anesthésique local
 - à des métaux (nickel, or, argent, _____)
 - autres _____
- 3 des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers mois OUI NON
- 4 des antécédents d'endocardite infectieuse OUI NON
- 5 une valvule artificielle, une anomalie cardiaque réparée (PFO) OUI NON
- 6 un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable OUI NON
- 7 un implant orthopédique (arthroplastie) OUI NON
- 8 une fièvre rhumatismale ou la scarlatine OUI NON
- 9 une pression sanguine trop basse ou trop élevée OUI NON
- 10 un accident vasculaire cérébral (prescription d'anticoagulants) OUI NON
- 11 une anémie ou autre maladie du sang OUI NON
- 12 des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5) OUI NON
- 13 un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose OUI NON
- 14 la tuberculose, la rougeole, la varicelle OUI NON
- 15 de l'asthme OUI NON
- 16 des problèmes de respiration ou de sommeil (apnée du sommeil, ronflements, sinus) OUI NON
- 17 une maladie rénale OUI NON
- 18 une maladie du foie OUI NON
- 19 jaunisse OUI NON
- 20 une maladie de la thyroïde, parathyroïdienne ou une carence en calcium OUI NON

- 21 une déficience hormonale OUI NON
- 22 un taux de cholestérol élevé ou prise de statines OUI NON
- 23 un diabète OUI NON
- 24 un ulcère de l'estomac ou du duodénum OUI NON
- 25 des troubles digestifs (reflux gastrique, maladie cœliaque) OUI NON
- 26 une ostéoporose (prise de bisphosphonates) OUI NON
- 27 de l'arthrite OUI NON
- 28 une maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie) OUI NON
- 29 un glaucome OUI NON
- 30 des lentilles de contact OUI NON
- 31 des blessures à la tête ou au cou OUI NON
- 32 de l'épilepsie, des convulsions (crises d'épilepsie) OUI NON
- 33 des troubles neurologiques (TDA/TDAH, maladies à prions) OUI NON
- 34 des infections virales et de l'herpès labial OUI NON
- 35 des ganglions dans la bouche OUI NON
- 36 de l'urticaire, une éruption cutanée, le rhume des foins OUI NON
- 37 maladie transmise sexuellement OUI NON
- 38 une hépatite (type ____) OUI NON
- 39 VIH/SIDA OUI NON
- 40 une tumeur, une excroissance anormale OUI NON
- 41 de la radiothérapie OUI NON
- 42 de la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs OUI NON
- 43 des difficultés émotionnelles OUI NON
- 44 des traitements psychiatriques OUI NON
- 45 des médicaments antidépresseurs OUI NON
- 46 un problème d'alcool/de drogues OUI NON

VOUS ÊTES/AVEZ:**OUI NON****OUI NON**

- | | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 47 | actuellement soigné pour une autre maladie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53 | fumeur, vous avez déjà fumé ou vous utilisez du tabac sans fumée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48 | conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux ou diarrhée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54 | considéré comme une personne sensible/susceptible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49 | un traitement pour vous aider à gérer votre poids | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55 | souvent malheureux ou déprimé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50 | des compléments alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56 | FEMME – un traitement contraceptif hormonal (pilule) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51 | souvent épuisé ou fatigué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57 | FEMME – enceinte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52 | des maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58 | HOMME – des troubles de la prostate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Descrive tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent, retard de développement/génétique ou autres traitements pouvant affecter votre traitement dentaire (botox, injections de collagène, par exemple).

Liste de tous les médicaments, compléments et/ou vitamines pris au cours des deux dernières années.

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable _____ Date _____

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Patient lui-même Parent/Tuteur (si moins de 14 ans) Mandataire/responsable Autre _____

Signature du patient ou responsable _____ Date _____

M. Mme _____

Nom en lettres moulées

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature _____ Date _____ Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____ Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____ Signature _____ Date _____

Signature _____ Date _____ Signature _____ Date _____