

QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

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 et coordonnées

Prénom : Tél. domicile :

Nom : Tél. travail :

Sexe : Féminin Masculin Autre Tél. cell. :

Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : Courriel :

Num. d'ass. Maladie : Référé(e) par :

Adresse : Ville :

Province : Code postal :

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui : Craignez-vous les traitements dentaires ?

Dernière visite : 0 – 6 mois 6 – 12 mois + de 12 mois Pas du tout Un peu Beaucoup

Traitement(s) reçu(s) : Précisez :

Antécédents médicaux

	Oui	Non	Raison, détails et date
1. Êtes-vous suivi par un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois

Médicaments ou produits naturels	Raisons
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Consentement à communiquer avec ma pharmacie :

Nom : Téléphone :

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

Signature du patient ou responsable

Date

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins			Problèmes oculaires (yeux).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(hémophilie, anémie, saignements prolongés).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques			Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie valve.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection annuelle ou mensuelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) : <input type="radio"/> Haute <input type="radio"/> Basse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôlée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies du système nerveux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies psychiatriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du système digestif.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies de peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac : <input type="checkbox"/> ulcère <input type="checkbox"/> reflux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du rein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète : <input type="radio"/> Type 1 <input type="radio"/> Type 2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse de la bouche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrôlé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie ou manifestation à ces produits :		
Troubles thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidés..... <input type="checkbox"/>
Contrôlés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesthésiques..... <input type="checkbox"/>
Cancer/Tumeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques.. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine..... <input type="checkbox"/>
Radiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres : <input type="text"/>
Chimiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres conditions médicales à mentionner :		
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

Si vous avez coché oui à une des questions, préciser SVP :
ex : date, type, complications ou autre

Fumez-vous ? Ex-fumeur : <input type="checkbox"/> Date arrêt : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronflez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis combien d'années fumez-vous ? <input type="text"/>			Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de cigarettes par jour ? <input type="text"/>			Consommez-vous des drogues, incluant le cannabis ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantité par jour : <input type="text"/>		
Fréquence : <input type="text"/> verres <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois			Prenez-vous de la méthadone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas d'urgence, appeler :

Nom : Tél. principal :

Consentement et identification

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Patient lui-même
Signature du patient ou responsable	Date	<input type="radio"/> Parent/tuteur (si moins de 14 ans)
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="text"/>		<input type="radio"/> Mandataire / Responsable