

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.

NOM:	PRÉNOM:	SEXE:	M	F
ADRESSE:	VILLE:	CODE POSTAL:		
TÉL DOM:	TÉL AUTRE:	DATE DE NAISSANCE:		
COURRIEL	NO.ASS.MAL	EXP:		

HISTOIRE MÉDICALE		Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants:				
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Aliments	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Si oui:	NOM:			Pénicilline	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
	TÉLÉPHONE:			Aspirine	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Iode	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Êtes-vous enceinte?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Codéine	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Prenez-vous des anovulants?(pilule anticonceptionnelle)		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	Sulfamides	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de...?		Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles et quand?				
Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle)		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Fièvre rhumatismale		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Saignements prolongés		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Anémie		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Tension artérielle(préssion) haute ou basse		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Rhumes fréquents ou sinusite		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Tuberculose ou problèmes pulmonaires		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Troubles digestifs		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Ulcère de l'estomac		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Problème de foie (hépatite)		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Troubles du rein		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Maladies vénériennes		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Diabète		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Troubles thyroïdiens		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Maladies de la peau		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Problème oculaires(yeux)		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Arthrite		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Épilepsie		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Troubles nerveux		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Maux de tête fréquents		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Étourdissements et/ou évanouissement		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Maux d'oreilles		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Ostéoporose		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Asthme		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Avez-vous déjà subit des traitements de radiothérapie/chimiothérapie?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Êtes-vous atteint du SIDA?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Êtes-vous séro-positif au test du SIDA?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Avez-vous des prothèses articulaires?(hanches,genoux,etc)		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Consentement		Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?				
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. J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.		Prenez-vous des médicaments?				
		Médicament	Raison			
Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé		Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre				
Nom et fonction		numéro tél/faxé				
Votre santé dentaire...						
Votre dernière visite chez le dentiste?						
Raison de votre visite aujourd'hui?						
Aimez-vous l'apparence de votre sourire?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Autres aspects						
Ronflez-vous?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Fumez-vous?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Consommez-vous des drogues?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
Consommez-vous de l'alcool?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			
		<u>verres</u> par jour/sem/mois				
Prenez-vous de la méthadone?		<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N			

AA/MM/JJ

Signature du patient ou du responsable

Date

Nom en lettre moulées