QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M ☐ F ☐ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : No : _____ Rue : _____ App.: _____ Ville : _____

Code postal : _____ Tél. dom.: _____ Trav.: _____ Poste _____

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Autres tél. (Cell., Paget) : _____ Courriel : _____

No. ass. maladie : _____ - _____ - _____ No. ass. soc.: _____ - _____ - _____

Référé(e) par : _____

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Si oui, pour quelle raison + nom M.D :
.....

	OUI	NON
2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ?	☐	☐
Si oui, lesquels ?	☐	☐
3. Êtes-vous enceinte ?	☐	☐
4. Prenez-vous des anovulants ? (pilule anticonceptionnelle)	☐	☐
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?		
5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	☐	☐
6. Fièvre rhumatismale	☐	☐
7. Saignements prolongés	☐	☐
8. Anémie	☐	☐
9. Tension artérielle (pression) : haute ☐ basse ☐	☐	☐
10. Rhumes fréquents ou sinusite	☐	☐

	OUI	NON
11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	☐	☐
12. Troubles digestifs	☐	☐
13. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)	☐	☐
14. Troubles du rein	☐	☐
15. Diabète	☐	☐
16. Troubles thyroïdiens	☐	☐
17. Épilepsie	☐	☐
18. Troubles nerveux	☐	☐
19. Étourdissements, évanouissements	☐	☐
20. Asthme	☐	☐
21. Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immuno-défience acquise (SIDA)	☐	☐

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL :

ATTENTION !

ALLERGIES

	OUI	NON		OUI	NON
Aliments	☐	☐	Sulfamides	☐	☐
Pénicilline	☐	☐	Codéine	☐	☐
Aspirine	☐	☐	Anesthésie locale	☐	☐
Iode	☐	☐	Autres _____		

Doit-on vous préparer un formulaire d'assurance ☐ ☐

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Signature _____ (Patient ou responsable) Date ___/___/___ (Jour / Mois / An)

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature _____ (Dentiste Traitant) Date ___/___/___ (Jour / Mois / An)

HISTOIRE DENTAIRE

1. Date du dernier rendez-vous avec un dentiste : _____
   - Nom du dentiste précédent : _____
   - Traitements reçus : _____
   - Raison du changement de dentiste / non-visite :
     - ☐ Pas de temps.
     - ☐ Manque d'argent / pas assurance / coût des traitements.
     - ☐ Peur / douleur.
     - ☐ Mauvaises expériences : _____
     - ☐ Autres : _____

2. Problèmes actuels
   - ☐ Sensibilité au chaud / froid / sucré / pression.
   - ☐ Gencives saignent, sont sensibles ou irritées.
   - ☐ Mâchoires sensibles au réveil.
   - ☐ Maux de tête / d'oreilles.
   - ☐ Aliments coincent entre les dents.
   - ☐ Grinçage de dents.
   - ☐ Autres : _____

3. Quel est l'aspect le plus important pour vos dents
   - ☐ esthétique.
   - ☐ garder toutes les dents.
   - ☐ Pas avoir mal.
   - ☐ Autres / remarques : _____

NOTES