

## Questionnaire médical confidentiel

### Renseignements personnels

Nom: Prénom: Sexe: F M Non-binaire  
Adresse: Ville: Code postal:  
Téléphone domicile: Téléphone travail: Poste:  
Cellulaire: Courriel: Date de naissance (JJ/MM/AAAA):  
N° d'assurance maladie: Expiration: Année: Mois:  
N° d'assurance sociale (facultatif):  
Si vous avez moins de 18 ans, nom du parent/tuteur: Parent ou Tuteur  
En cas d'urgence, contacter:  
Raison de votre visite: Adressé par:

### Histoire médicale

Poids: Taille: Êtes-vous présentement suivi par un médecin ? oui non

Si oui, raison:

Nom de votre médecin: Téléphone de votre médecin:

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? oui non

Si oui, veuillez indiquer lesquels:

Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? oui non Spécifiez:

Des anovulants? oui non Des hormones? oui non Spécifiez:

Avez-vous eu une fluctuation significative de votre masse corporelle dernièrement? oui non

Êtes-vous enceinte? oui non Allaitiez-vous? oui non

### Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaques	oui	non	Fièvre rhumatismale	oui	non
Hémophilie	oui	non	Saignements prolongés	oui	non
Sang clair	oui	non	Anémie	oui	non
Autres problèmes sanguins?					
Tension artérielle (pression):	Normale	Basse	Haute		
Rhumes fréquents ou sinusite	oui	non	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	oui	non
Troubles digestifs	oui	non	Spécifiez le trouble digestif:		
Ulcères de l'estomac	oui	non	Problèmes de foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose)	oui	non
Troubles rénaux	oui	non	Urinez-vous souvent?	oui	non
Infections transmissibles sexuellement (ITS)	oui	non	Diabète	oui	non
Troubles thyroïdiens	oui	non	Maladies cutanées	oui	non
Problèmes oculaires	oui	non	Arthrite	oui	non
Ostéoporose	oui	non	Prenez-vous des biphosphonates?	oui	non
Épilepsie	oui	non	Troubles nerveux	oui	non
Maladies psychiatriques	oui	non	Spécifiez la maladie:		
Maux de tête fréquents	oui	non	Étourdissements, évanouissements	oui	non

Maux d'oreilles	oui	non	Rhume des foin	oui	non
Asthme	oui	non	Êtes-vous fumeur?	oui	non occasionnel
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie ou chimiothérapie?	oui	non	Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)?	oui	non
Êtes-vous séropositif?	oui	non	Avez-vous des prothèses articulaires?	oui	non
Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez?	oui	non			

**Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un de ces produits:**

Aliments	oui	non	Latex	oui	non	Pénicilline	oui	non
Aspirine	oui	non	Iode	oui	non	Sulfamides	oui	non
Codéine	oui	non	Anesthésie locale	oui	non	Autres antibiotiques	oui	non

Autres. Spécifiez:

Consommez-vous des drogues?    oui    non

Consommez-vous de l'alcool?    peu ou pas    modérément    beaucoup

Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?    oui    non

Si oui, lesquelles et quand?

Craignez-vous les traitements dentaires?    oui    non

Souhaitez-vous discuter de votre état de santé en privé avec votre dentiste?    oui    non

Commentaires:

**Histoire dentaire**

Dernière visite chez le dentiste:    0-6 mois    6-12 mois    + de 12 mois

Traitements reçus:

**Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants?**

Démonstration d'hygiène buccale	oui	non	Traitement des gencives	oui	non
Traitement d'orthodontie (broches)	oui	non	Traitement de canal	oui	non
Obturations (réparations)	oui	non	Couronne(s) ou pont(s)	oui	non
Prothèses complètes ou partielles	oui	non	Traitement de chirurgie buccale ou extraction	oui	non
Implants dentaires	oui	non	Radiographies dentaires	oui	non
Autres	oui	non			

**À l'usage du professionnel:**

**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: \_\_\_\_\_

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire 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 dentaires, 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) dentistes(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (seront) 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: \_\_\_\_\_