

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Sexe: F  M

N° civique \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Appartement \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_ Date de naissance A/M/J \_\_\_\_\_ N° assurance sociale (facultatif) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ N° assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Raison de la visite \_\_\_\_\_ Adressé par \_\_\_\_\_

Si vous avez moins de 18 ans inscrire le nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Parent  Madame

Tuteur  Monsieur

### Antécédents médicaux

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ Médecin de famille \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui  Non  Si oui, raison \_\_\_\_\_

Nom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

2. Si vous prenez des médicaments ou en avez pris au cours des six derniers mois, spécifiez :

| Raison | Nom du médicament | Nom du médecin qui l'a prescrit et téléphone |
|--------|-------------------|--|
|        |                   |  |
|        |                   |  |
|        |                   |  |
|        |                   |  |
|        |                   |  |
|        |                   |  |
|        |                   |  |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 3. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 21. Problèmes oculaires (yeux) _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| Spécifiez _____  |   | 22. Arthrite _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| Des anovulants (pilule anticonceptionnelle) ?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 23. Ostéoporose _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| Des hormones ? Spécifiez _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Prenez-vous des bisphosphonates ?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 24. Épilepsie _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 5. Êtes-vous enceinte ?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 25. Troubles nerveux _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| Allaitez-vous ?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 26. Maladies psychiatriques _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| <b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>  |   | Spécifiez _____   |   |
| 6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) _____                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 27. Maux de tête fréquents _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 7. Fièvre rhumatismale _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 28. Étourdissements, évanouissements _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 8. Problèmes sanguins :  |   | 29. Maux d'oreilles _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 8.1 Hémophilie _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 30. Rhume des foins _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 8.2 Saignements prolongés _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 31. Asthme _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 8.3 Sang clair _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 32. Fumez-vous ? _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 8.4 Anémie _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 33. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur) ? _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 8.5 Autres, spécifiez _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 34. Êtes-vous atteint du sida ? _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 9. Tension artérielle (pression) Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 35. Êtes-vous séropositif ? _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 10. Rhume fréquents ou sinusite _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 36. Avez-vous des prothèses articulaires ? (hanche, genou, etc) _____                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ? _____                                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |
| 12. Troubles digestifs _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 38. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre, aux produits suivants :                   |   |
| Spécifiez _____  |   | 38.1 Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                      | 38.6 Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          |
| 13. Ulcère de l'estomac _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 38.2 Aliments <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                   | 38.7 Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>              |
| 14. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) _____                               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 38.3 Iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                       | 38.8 Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Troubles du rein _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 38.4 Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                   | 38.9 Anesthésie locale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |
| 16. Urinez-vous souvent ? _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 38.5 Sulfamides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                 | 38.10 Autres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>              |
| 17. Infections transmissibles sexuellement (ITS) _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Spécifiez _____   |   |
| 18. Diabète _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |   |
| 19. Troubles thyroïdiens _____   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |   |
| 20. Maladies de la peau _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | 39. Consommez-vous des drogues ? _____  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>                   |

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

### Antécédents médicaux (suite)

- |  | Oui | Non |   | Oui | Non |
|--|-----|-----|---|-----|-----|
| 40. Consommez-vous de l'alcool ?<br>Peu ou pas <input type="checkbox"/> Modérément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/>  |     |     | 42. Craignez-vous les traitements dentaires ?<br>Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>       |     |     |
| 41. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Lesquelles _____ Date _____<br>_____ Date _____<br>_____ Date _____ |     |     | 43. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste ? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Remarques _____<br>_____ |     |     |

### Antécédents dentaires

Dernière visite : 0-6 mois  6-12 mois  + de 12 mois   
Traitements reçus \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que

- |                                    | Oui                      | Non                      |  | Oui                      | Non                      |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Prothèses complètes et/ou partielles          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement des gencives         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Traitement de chirurgie buccale ou extraction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Implants dentaires                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Radiographies dentaires                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturations                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Autres                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Couronne(s) et/ou ponts         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

### À remplir par le patient

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 dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). 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 du patient ou responsable

\_\_\_\_\_  
Date

### À l'usage du professionnel

Précautions

### 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 du dentiste traitant

\_\_\_\_\_  
Date