



QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

L'information contenue au questionnaire médicodentaire est nécessaire à la prestation de soins dentaires. Votre dossier dentaire est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé à la clinique et seuls le dentiste et le personnel autorisé peuvent le consulter et y faire des inscriptions.

Renseignements personnels

Prénom _____
Nom _____
Genre F M X
Date de naissance _____ AA/MM/JJ
Num. d'ass. maladie _____ Expiration AA/MM
Adresse _____
Ville _____
Province _____ Code postal _____

Coordonnées

Tél. domicile _____
Tél. travail _____
Tél. cell. _____
Courriel _____
En cas d'urgence, appeler :
Nom _____
Lien avec patient _____
Tél. principal _____
Tél. cell. _____

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui _____
Craignez-vous les traitements dentaires?
Pas du tout Un peu Beaucoup
Précisez _____

Dernière visite 0 - 6 mois 6 - 12 mois + de 12 mois
Traitement(s) reçu(s) _____ Oui Non
Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)?
Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)?

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.

Précautions opératoires - À l'usage du professionnel

Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ
Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ
Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ
Modification(s) _____ Date AA/MM/JJ

Antécédents médicaux

- | | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Êtes-vous enceinte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Allaitiez-vous? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Prenez-vous des médicaments? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Prenez-vous des anovulants <input type="radio"/> ou hormones <input type="radio"/> ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Raison, détails et date

Spécifiez _____

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

Médicament et raison	Médicament et raison

Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées

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

Autres aspects

Vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ou que vous sembliez arrêter de respirer pendant votre sommeil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Consommez-vous d'autres drogues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous réveillez-vous fatigué le matin et/ou ressentez-vous de la fatigue durant la journée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prenez-vous de la méthadone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Fumez-vous? ____ cig./jour ou ex-fumeur <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Consommez-vous de l'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Fréquence : ____ verres <input type="radio"/> /jour <input type="radio"/> /sem. <input type="radio"/> /mois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Consommez-vous du cannabis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Réservé au dentiste pour notes particulières

Consentement et identification

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

Signature du patient ou personne autorisée* Date AA/MM/JJ

Nom en lettres moulées

*Si le patient est un mineur de moins de 14 ans : le titulaire de l'autorité parentale (incluant le parent) ou le tuteur. Si le patient est un mineur de 14 ans ou plus : le mineur lui-même, le titulaire de l'autorité parentale (incluant le parent) ou le tuteur.

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements à mon état de santé depuis la visite précédente.

Signature Date AA/MM/JJ

Signature Date AA/MM/JJ

Signature Date AA/MM/JJ

Signature Date AA/MM/JJ