

## 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.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Sexe F  M   
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_  
 Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 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)?

### Antécédents médicaux:

Oui Non

1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste? .....

2. Êtes-vous suivi par un médecin?.....

3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?.....

4. Avez-vous des prothèse articulaires (hanche, genou, etc.)? .....

5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? .....

6. Êtes-vous enceinte ? .....

7. Allaitiez-vous ? .....

8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? .....

9. Prenez-vous des médicaments ? .....

10. Prenez-vous des anovulants  ou hormones  ?.....

Raisons, détails et date

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Spécifiez \_\_\_\_\_

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

Si vous ne pouvez énumérer tous vos médicaments, vous devez nous fournir la liste émise par votre pharmacien.

### Médicaments et raisons

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

### Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

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.

Signature du patient ou responsable

Date

Veillez remplir le VERSO

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

	Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques		
Infarctus, angine, chirurgie, etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Infection du coeur (endocardite) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression)   haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Troubles ou maladies du système digestif .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Troubles d'estomac    ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (tumeur) Précisez _____ ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Maladies de peau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux) excluant la myopie et la presbytie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection annuelle ou mensuelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Douleur chronique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système nerveux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies psychiatriques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins/allergies saisonnières .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie ou manifestation à ces produits		
Latex .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres conditions médicales à mentionner : \_\_\_\_\_

**Autres aspects**

	Oui	Non
Ronflez-vous ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'apnée du sommeil ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ? ____ cig./jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'alcool ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence : ____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous des drogues ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Prenez-vous de la méthadone ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.**

**Consentement et identification**

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

Signature du patient ou responsable \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

M.  Mme  \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Patient lui-même	<input type="checkbox"/>
Parent/tuteur (si moins de 14 ans)	<input type="checkbox"/>
Mandataire/responsable	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature _____	Date _____	Signature _____	Date _____
Signature _____	Date _____	Signature _____	Date _____
Signature _____	Date _____	Signature _____	Date _____
Signature _____	Date _____	Signature _____	Date _____

À l'usage du dentiste / Précautions opératoires

Signature du dentiste

Date