



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 / / JJ / MM / AAAA
 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) _____

Antécédents médicaux:

Oui Non

- Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste?
- Êtes-vous suivi par un médecin?.....
- Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?
- Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?
- Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?
- Êtes-vous enceinte ?
- Allaitez-vous ?
- Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?
- Prenez-vous des médicaments ?
- Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

Oui Non

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)?

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)?

Raisons, détails et date

Spécifiez _____

Veuillez 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

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

Problèmes sanguins Oui Non
(hémophilie, anémie, saignements prolongés).....

Conditions cardiaques
 Infarctus, angine, chirurgie, etc.....
 Précisez _____

Infection du coeur (endocardite).....
 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule.....

Tension artérielle (pression) haute basse

Étourdissements, évanouissements.....

Maux de tête fréquents.....

Douleur à l'articulation de la mâchoire

Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.).....
 Précisez _____

Troubles ou maladies du système digestif

 Précisez _____

Troubles d'estomac ulcère reflux

Troubles du rein.....

Diabète

Troubles thyroïdiens

Cancer (tumeur) Précisez _____

 Radiothérapie.....

 Chimiothérapie.....

Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).....
 Précisez _____

Maladies de peau

Problèmes oculaires (yeux) excluant la myopie et la presbytie.....
 Glaucome.....

Maux d'oreilles.....

Arthrite

Ostéoporose

Prévention/traitement (p. ex. : comprimés).....
 Injection annuelle ou mensuelle.....

Oui Non

Douleur chronique

TDA/TDAH.....

Autisme/TED

Épilepsie

Troubles ou maladies du système nerveux.....

Troubles ou maladies psychiatriques

Rhumes fréquents ou sinusite.....

Tuberculose ou problèmes pulmonaires

Asthme

Rhume des foins/allergies saisonnières.....

Allergie ou manifestation à ces produits

 Latex

 Pénicilline.....

 Autres antibiotiques

 Codéine.....

 Aspirine

 Sulfamidés

 Anesthésiques

 Aliments

 Autres : _____

Autres conditions médicales à mentionner : _____

Autres aspects

Oui Non

Ronflez-vous ?.....

Pensez-vous souffrir d'apnée du sommeil ?.....

Utiliser-vous une cepap ?.....

Fumez-vous ? (tabac ou cannabis).....ex-fumeur

 Fréquence : ____ cig./jour

Consommez-vous de l'alcool ?.....

 Fréquence : ____ verres □ /jour □ /sem. □ /mois

Consommez-vous des drogues ?.....

Précisez _____

Prenez-vous de la méthadone ?.....

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
Parent/tuteur (si moins de 14 ans)
Mandataire/responsable
Autre

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

Signature _____ Date _____ Signature _____ Date _____

À l'usage du dentiste / Précautions opératoires

Signature du dentiste

Date