



## 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 \_\_\_\_\_

### 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 prothèses 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 ? .....

Oui Non

### En cas d'urgence appeler :

Nom \_\_\_\_\_  
 Lien avec patient \_\_\_\_\_  
 Tél. principal \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_  
 Référé par \_\_\_\_\_

### 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) \_\_\_\_\_

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

À l'usage du dentiste / Précautions opératoires

\_\_\_\_\_  
Signature du dentiste

\_\_\_\_\_  
Date