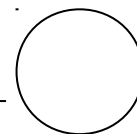


QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL (NP ADULTE)

DOS _____



Nom : _____

Prénom : _____

HISTORIQUE DENTAIRE :

• Comment ou par qui avez-vous entendu parler de notre clinique? _____

• Depuis combien de temps avez-vous vu un dentiste? _____

Oui Non

• Avez-vous présentement des problèmes dentaires?

• Si oui, lesquels? _____

• Vos gencives saignent-elles, sont-elles sensibles ou irritées?

• Êtes-vous motivé(e) à conserver vos dents pour la vie?

• Avez-vous eu des mauvaises expériences chez la dentiste?

• Êtes-vous craintif(ve) face aux traitements dentaires?

• Avez-vous déjà eu des traitements parodontaux (gencives et os de support)?

• Est-ce que votre haleine vous cause des problèmes?

• Souhaiteriez-vous avoir les dents plus blanches?

• Vous arrive t-il de grincer des dents?

• À votre réveil, vos mâchoires sont-elles sensibles?

• Avez-vous des maux de tête, des maux d'oreille ou de la douleur au cou?

• Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de votre sourire?

• Si non, pourquoi? _____

L'esthétique de votre sourire vous préoccupe? Demandez notre questionnaire spécifique.

HISTORIQUE MÉDICAL:

Médecin de famille: Nom: _____ Tél.: _____

	OUI	NON	DATE
• Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquels?.....			Quantité:.....

	OUI	NON	N/A
• Êtes-vous enceinte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Êtes-vous fumeur (cigarette, cigare, pipe, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, depuis combien de temps? _____			Quantité par jour. _____
• Prenez-vous des médicaments pour l'ostéoporose?			
• NON <input type="checkbox"/> _____	OUI: par la bouche <input type="checkbox"/>	Injection annuelle <input type="checkbox"/>	Depuis : Date _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?	OUI	NON	DATE
• Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, autres)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Fièvre rhumatismale?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Saignements prolongés?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Anémie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Tension artérielle (pression) Haute <input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pression : ____/____ Ne sais pas <input type="checkbox"/>			
• Rhumes fréquents ou sinusites?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Tuberculose ou problèmes pulmonaires?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Troubles digestifs?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Ulcères de l'estomac?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problèmes du foie (hépatite, virale a, b, c, cirrhose, autre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Troubles de rein?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Infections transmissibles sexuellement (ITS)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Diabète?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Troubles thyroïdiens?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Maladies de la peau?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problèmes oculaires (Glaucome, Cataractes, autre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Arthrite?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Épilepsie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Troubles nerveux?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Maux de tête fréquents?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Maux d'oreilles?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Rhume des foins?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Asthme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Étourdissement?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Problèmes de sommeil? (ronflement, apnée, somnolence diurne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immunodéficience acquise (sida)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Êtes-vous séropositifs au test du sida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous déjà fait une réaction allergique aux produits suivants :			

	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode	<input type="checkbox"/>	Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	Aspirine.....	<input type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamides	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	Codéine.....	<input type="checkbox"/>

Autres _____

• Êtes-vous allergiques ou sensible au mercure présent dans les amalgames dentaires (plombages gris)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous eu des interventions chirurgicales?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, lesquels?

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire 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 informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste rappel.

Signature du patient _____ Date _____

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'introduction et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature du dentiste _____ Date _____