QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe: M ◉ F ○ Nom du patient: Nouveau, _____ Assurance Dentaire: Oui ○ Non ○

Adresse: _____ Ville: _____ Compagnie: _____

Code postal: _____ Tél. dom.: _____ trav.: _____ poste: _____ Courriel: _____

Je consens à recevoir des confirmations de rendez-vous et des conseils sur des bonnes pratiques d'hygiène dentaires électroniquement de la Clinique du Boulevard. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment. ☐

Date de naissance: 01/Oct/2016 Tuteur: _____

N° ass. maladie: _____ Date d'expiration: _____ N° ass. sociale (facultatif): _____

En cas d'urgence, contacter: _____ Raison de la visite: _____

Référé par: _____ Employeur: _____ Profession: _____

Poids: _____ Taille: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non
1. Êtes- vous actuellement sous les soins d'un médecin?	○	○
Si oui:		
Nom: _____ Prénom: _____		
Tél: _____ Poste: _____		
2. Prenez-vous (actuellement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 demiers mois?	○	○
Si oui, lesquels:	○	○
3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids important denièrement?	○	○
4. Êtes-vous enceinte?	○	○
5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)	○	○
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:		
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)	○	○
7. Fièvre rhumatismale	○	○
8. Saignements prolongés	○	○
9. Anémie	○	○
10. Tension artérielle (pression): Haute ○ Basse ○	○	○
11. Rhumes fréquents ou sinusite	○	○
12. Tuberculose ou problème pulmonaire	○	○
13. Troubles digestifs	○	○
14. Ulcère d'estomac	○	○
15. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.)	○	○
16. Troubles du rein	○	○
17. Maladies transmises sexuellement (MTS)	○	○
18. Diabète	○	○
19. Troubles thyroïdiens	○	○
20. Maladies de la peau	○	○
21. Problèmes oculaires (yeux)	○	○
22. Arthrite	○	○
23. Épilepsie	○	○
24. Troubles nerveux	○	○
25. Maux de tête fréquents	○	○
26. Étourdissements, évanouissements	○	○

	Oui	Non
27. Maux d'oreilles	○	○
28. Rhume des foins	○	○
29. Asthme	○	○
30. Fumez-vous?	○	○
31. Avez-vous déjà subi des traitments de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)?	○	○
32. Êtes-vous atteint du sida?	○	○
33. Êtes-vous atteint des virus HIV, Hepatite A, B, C?	○	○
34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?	○	○

35. Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants?

	Oui	Non		Oui	Non
Aliments	○	○	Iode	○	○
Aspirine	○	○	Sulfamidés	○	○
Pénicilline	○	○	Codéine	○	○
Autres antibiotiques	○	○	Anesthésie locale	○	○

Spécifiez: _____ Autres: _____

	Oui	Non
36. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?	○	○

Si oui, lesquelles et quand:

_____ Date: _____

_____ Date: _____

_____ Date: _____

	Oui	Non
37. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?	○	○

Remarque: _____

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS: _____

Êtes-vous craintif(ve) face aux traitements dentaires:

Aucunement ○ un peu ○ moyennement ○ très craintif(ve) ○

Cochez si des raisons vous ont empêché(e) de recevoir des traitements dentaires?

Peur de la douleur ☐ Manque d'intérêt ☐ Disponibilité ☐

Coût des traitements ☐

Votre sourire vous plaît-it? Oui ○ Non ○ Qu'aimeriez-vous changer:

_____

Aimez-vous vos dents? (couleur, forme, grosseur)? Oui ○ Non ○

IMPORTANT

Je, soussigné, déclare avoir lu compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au mieux 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 auxiliare y aura (auront) seul 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 de rappel.

Liste des medicaments

Nom du médicament:	Cause:	Depuis quand: