

**INFORMATION DU PATIENT**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ F  M

Date de naissance    /    /      
                          J           M           A

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone: Dom. \_\_\_\_\_ Bur. \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Cochez la façon la plus simple pour vous joindre:

Dom.  Bur.  Cell.  Courriel  Autre

Occupation \_\_\_\_\_

No. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_

Êtes-vous prestataire de l'Aide Sociale? Non  Oui\*

\* Si oui, veuillez présenter votre carnet de réclamation valide.

Est-ce que d'autres membres de votre famille sont patients à notre clinique? Non  Oui

Référé par \_\_\_\_\_

RAISON DE LA VISITE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERSONNE RESPONSABLE**

Moi-Même  \*Parent  \*Autre

\*S.V.P. Complétez les informations suivantes

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**ASSURANCE DENTAIRE**

Nom de l'assuré(e) \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'assuré(e)    /    /      
  J           M           A

Employeur \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_

No. de groupe ou de police \_\_\_\_\_

No. de certificat ou d'identification \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> Assurance Dentaire (Additionnelle)? Non  Oui

**AUTORISATION POUR RÉCLAMATION AUX ASSURANCES**

J'autorise mon dentiste à envoyer électroniquement ma réclamation à ma compagnie d'assurance.

J'autorise ma compagnie d'assurance à régler directement les frais envoyés électroniquement à mon dentiste traitant.

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

\_\_\_\_\_  
Date

**Veillez prendre note qu'il y aura des frais de 50\$ pour tout rendez-vous manqué ou rendez-vous annulé sans un préavis de 24 heures.**

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

\_\_\_\_\_  
Date

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTOIRE MÉDICALE

OUI NON

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?

**Si oui:**

Nom  Prénom

Tél.:  Poste

2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Êtes-vous enceinte?

4. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle)

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous de.....?**

OUI NON

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fièvre rhumatismale .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Saignements prolongés .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anémie .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tension artérielle (pression): haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rhumes fréquents ou sinusite .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Troubles digestifs .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ulcère de l'estomac .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Problèmes du foie (hépatite: virus A, B, C, cirrhose, etc.) .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Troubles du rein .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Infection transmise sexuellement et/ou par le sang ITSS (MTS) .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Diabète .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Troubles thyroïdiens .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Maladies de la peau .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Problèmes oculaires (yeux) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Arthrite .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Épilepsie .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Troubles nerveux .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Maux de tête fréquents .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Étourdissements et/ou évanouissements .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Souffrez-vous d'ostéoporose .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OUI NON

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 27. Maux d'oreilles .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Rhume des foins .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Asthme .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Fumez-vous? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Êtes-vous atteint(e) du VIH? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Êtes-vous séro-positif au test du SIDA? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Avez-vous des prothèses articulaires? (hanches, genoux, etc.) .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Prenez-vous des anticoagulants? (pour éclaircir le sang) .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants:

OUI NON

OUI NON

- |                   |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aliments .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfamides .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codéine .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirine .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anesthésie Locale .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iode .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acrylique / Métaux ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles? et quand?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

36. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?

Remarques: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL:

**ATTENTION!**

### RÉSERVÉ AU DENTISTE (MISE À JOUR)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## HISTOIRE DENTAIRE

Dernière visite: 0-6 mois  6-12 mois  + de 12 mois

Traitements reçus \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:**

OUI NON

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement de gencives .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie (broches) .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturations (plombages) .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Couronne(s) et/ou pont(s) .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prothèses complètes et/ou partielles .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Implants dentaires .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Radiographies dentaires .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Autres .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus 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(e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Patient ou responsable Jour Mois An

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dentiste traitant Jour Mois An