

Sexe : M  F  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Tél. dom. : \_\_\_\_\_ trav. : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Tuteur : \_\_\_\_\_  
 N° ass. maladie : \_\_\_\_\_ Référé(e) par : \_\_\_\_\_  
 Raison de la visite : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- |   | Oui                      | Non                      |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Maladies de la peau .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, le(s)quel(s):<br>Nom : _____<br>Nom : _____   |                          |                          | 21. Problèmes oculaires (yeux) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous (présentement) des médicaments<br>ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Arthrite .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels: _____   |                          |                          | 23. Épilepsie .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>LISTE DES MÉDICAMENTS :</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |                          |                          | 24. Troubles nerveux .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement? ..                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Maux de tête fréquents .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Êtes-vous enceinte? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Étourdissements, évanouissements .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Maux d'oreilles .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :  |                          |                          | 28. Rhume des foins .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)...                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Asthme .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fièvre rhumatismale .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Fumez-vous? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Saignements prolongés .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie<br>et/ou de chimiothérapie (tumeur) .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anémie .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Êtes-vous atteint du sida .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Êtes-vous séropositif? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Rhumes fréquents ou sinusite .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Avez-vous déjà eu une réaction aux produits suivants :  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Troubles digestifs .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Oui</b>  | <b>Non</b>               | <b>Oui</b>               |
| 14. Ulcère de l'estomac .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aliments <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Troubles du rein .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Maladies transmises sexuellement (MTS) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Diabète .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spécifiez: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Troubles thyroïdiens .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 36. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions<br>chirurgicales autres que dentaires? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Si oui, lesquelles et quand : _____ date _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | _____ date _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | _____ date _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | 37. Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Remarque : _____  |                          |                          |
|   |                          |                          | 38. Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine, tatouage, percing,<br>acupuncture? .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 39. Avez-vous déjà reçu des soins d'ordre psychique ou psychologique? .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**ANTÉCÉDENTS DENTAIRES**

- Dernière visite : 0-6 mois  6-12 mois  + de 12 mois
- Traitements reçus: \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que :
- |   | Oui                      | Non                      |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Couronne(s) et/ou ponts                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement des gencives                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Prothèses complètes et/ou partielles           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Traitement de chirurgie buccale ou extractions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Implants dentaires                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturations (plombages blancs ou gris) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Radiographies dentaires                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | 11. Autres  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**RÉSERVÉ AU DENTISTE**

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

Q.M.R. le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_ Q.M.R. le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_  
 Q.M.R. le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_ Q.M.R. le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_  
 Q.M.R. le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_ Q.M.R. le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire  
médicodentaire 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) seul(s) 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.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Patient ou responsable

## QUESTIONNAIRE RELATIF À VOTRE SANTÉ DENTAIRE

1. Êtes-vous incommodé(e) par : OUI    NON

- Des dents mobiles (dents qui branlent)?
- Des saignements de gencives lorsque vous brossez vos dents?
- Des saignements lorsque vous passez votre soie dentaire?
- La couleur (plus ou moins blanche) de vos dents?
- La mauvaise haleine?
- Une ou des dents manquantes (extraites)?
- Des dents sensibles au froid?    au chaud?    au sucre?
- La forme de vos dents?
- L'alignement de vos dents?
- La grosseur de vos dents?

2. Avez-vous tendance à serrer les dents?

3. Avez-vous tendance à brusquer vos dents?

4. Si vous êtes incommodé par plusieurs choses, y a t-il quelque chose que vous désiriez améliorer en priorité?

---

---

5. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus lorsque vous visitez un dentiste?

---

---

6. Que pourrions-nous faire pour rendre votre visite le plus agréable possible?

---

---

7. Avez-vous d'autres commentaires dont vous aimeriez nous faire part?

---

---