

tre coopération pour remplir le présent questionnaire est essentielle en vue de
ous fournir des soins dentaires sécuritaires et appropriés. Tous les renseignements
sont strictement confidentiels. Un membre de notre équipe pourra vous aider à
remplir ce formulaire. VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

NOM DU PATIENT (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : _____

NOM PRIVILÉGIÉ : _____

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA) : _____ SEXE/GENRE : _____ TAILLE/POIDS : _____

ÉCOLE/PROFESSION : _____

ADRESSE DOMICILIAIRE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : _____

CODE POSTAL : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE : _____ AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

Pouvons-nous laisser un message vocal concernant votre rendez-vous à ces numéros? Oui Non

Êtes-vous susceptible d'être disponible à court préavis pour des rendez-vous ou des changements futurs? Oui Non

Nous aimerions vous envoyer des courriels et des messages textes qui peuvent comprendre des confirmations de rendez-vous, des bulletins, des événements à venir et des avis importants. Cochez la case si vous souhaitez recevoir des courriels et des messages textes de notre part.

EN CAS D'URGENCE, INFORMER : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

MÉDECIN DE FAMILLE : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE : _____ DOMAINE DE SPÉCIALITÉ : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE : _____

NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE : _____ DOMAINE DE SPÉCIALITÉ : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR/LA PERSONNE RESPONSABLE 1

NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

PROFESSION : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR/LA PERSONNE RESPONSABLE 2 (SI DIFFÉRENTS DE CEUX CI-DESSUS)

NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

PROFESSION : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : _____

NOM DU PATIENT : _____

VEUILLEZ INDIQUER TOUTE AUTRE PERSONNE POUVANT AVOIR ACCÈS À CE DOSSIER

(P. EX. : POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS)

NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ami | <input type="checkbox"/> Membre de la famille | <input type="checkbox"/> Collègue |
| <input type="checkbox"/> Membre du personnel de notre clinique | <input type="checkbox"/> Patient à notre clinique | <input type="checkbox"/> Recommandation d'un professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Site Web/Internet | <input type="checkbox"/> Publicité | <input type="checkbox"/> J'ai moi-même vu l'enseigne/la clinique |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

Politique de la clinique : L'heure de votre rendez-vous vous sera réservée. Si vous n'êtes pas en mesure d'honorer le rendez-vous, nous exigeons un préavis de 48 heures, sinon il pourrait être nécessaire de facturer le temps perdu.

Signature PATIENT PARENT TUTEUR RESPONSABLE Date

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (SI LE PATIENT DISPOSE D'UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS)

SOUSCRIPTEUR : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

COMPAGNIE D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE POLICE : _____

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION : _____

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR : _____

SOUSCRIPTEUR : _____

(SECONDAIRE) LIEN DE PARENTÉ : _____

COMPAGNIE D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE POLICE : _____

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION : _____

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR : _____

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES DU PATIENT

1. Raison de la visite d'aujourd'hui : _____

2. Avez-vous un problème dentaire qui doit être traité le plus rapidement possible? Oui Non
3. Visitez-vous régulièrement le dentiste? Oui Non
4. Date de votre dernière visite chez le dentiste _____ du dernier nettoyage _____ des dernières radiographies _____
5. À quelle fréquence vous brossez-vous les dents? _____ vous passez-vous la soie dentaire? _____
6. Vos gencives saignent-elles régulièrement? Oui Non
7. Vos dents sont-elles sensibles
à la chaleur au froid lors de la mastication aux aliments sucrés aux goûts aigres (surs) s. o.
8. Ressentez-vous de la douleur aux dents? Oui Non
9. Avez-vous déjà eu des blessures ou subi une chirurgie à la tête, au cou ou à la mâchoire? Oui Non
10. Avez-vous la bouche sèche ou de la difficulté à avaler? Oui Non
11. Ronflez-vous ou souffrez-vous d'apnée du sommeil? Oui Non
12. Votre mâchoire craque-t-elle ou produit-elle un bruit sec lorsque vous ouvrez grand la bouche? Oui Non
13. Grincez-vous ou serrez-vous les dents pendant la journée ou la nuit? Oui Non
14. Vous mordez-vous les lèvres/les joues fréquemment? Oui Non
15. Avez-vous déjà eu des excroissances, des grosseurs (bosses) ou des points douloureux dans la bouche? Oui Non
16. Avez-vous remarqué un déchaussement ou un mouvement de vos dents? Oui Non
17. Avez-vous subi un traitement parodontal (gencives)? Oui Non
18. Avez-vous subi un traitement orthodontique (appareil dentaire)? Oui Non
19. Avez-vous déjà été traité par un spécialiste dentaire? Oui Non
20. Avez-vous déjà eu des problèmes liés à un traitement dentaire? Oui Non
21. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? Oui Non
22. Êtes-vous nerveux/anxieux/craintif pendant un traitement dentaire? Oui Non
23. Veuillez énumérer tout autre renseignement que vous estimez que nous devrions connaître pour vous fournir les meilleurs soins dentaires possible : _____

Signature PATIENT PARENT TUTEUR RESPONSABLE Date

Examiné par un dentiste Date

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

1. Avez-vous des problèmes de santé? Oui Non
Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : _____

2. Votre état de santé général ou votre poids a-t-il changé au cours de l'année écoulée? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

3. Recevez-vous actuellement des traitements pour un état pathologique quelconque ou avez-vous été traité au cours de l'année écoulée? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

4. À quand remonte votre dernier examen médical? _____
Des problèmes ont-ils été relevés? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

5. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie ou une opération? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : _____

6. Prenez-vous des médicaments, des médicaments en vente libre, des suppléments homéopathiques ou à base de plantes, ou hormones de toutes sortes? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez les énumérer et indiquer la raison de la prise : _____

7. Avez-vous des allergies ou des réactions? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez les énumérer en vous servant des catégories ci-dessous :
Médicaments _____
Produits dérivés du latex/caoutchouc _____
Autres (par exemple, allergies saisonnières, aliments, colorants) _____
8. Avez-vous eu une réaction indésirable à des produits dentaires, des injections ou une anesthésie locale? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un remplacement ou une réparation d'une valvule cardiaque, une infection du cœur (c'est-à-dire une endocardite infectieuse), une maladie cardiaque de naissance (c'est-à-dire une cardiopathie congénitale) ou une transplantation cardiaque? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

10. Vous a-t-on conseillé de recevoir une prémédication (par exemple, des antibiotiques) avant le traitement dentaire? Oui No
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

SUITE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À LA PAGE SUIVANTE

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

11. Avez-vous une articulation prothétique ou artificielle? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : _____

12. Souffrez-vous d'une maladie ou avez-vous reçu des traitements qui pourraient affecter votre système immunitaire? ... Oui Non

(Leucémie, SIDA, infection à VIH, radiothérapie, chimiothérapie)

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

13. Avez-vous déjà été atteint d'une hépatite, d'une jaunisse, d'une maladie du foie ou de troubles gastro-intestinaux ? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

Avez-vous un problème de saignement, un trouble hémorragique, une tendance aux ecchymoses ou avez-vous reçu une transfusion sanguine? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

14. Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'un des éléments suivants (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évanouissement et étourdissements | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hyperglycémie ou hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation | <input type="checkbox"/> Traitement stéroïdien | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux ou nerveux |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Ulcères d'estomac | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine |
| <input type="checkbox"/> Prolapsus valvulaire mitral | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Autre maladie transmissible/infection transmissible |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique/angine/crise cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Asthme ou emphysème | <input type="checkbox"/> Arthrite/rhumatisme | <input type="checkbox"/> Consommation ou dépendance à la drogue, à l'alcool ou au cannabis |
| <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> Convulsions et crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Maladie rénale | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> T Maladie thyroïdienne | |

15. Y a-t-il des affections ou maladies non énumérées ci-dessus dont vous êtes atteint ou avez déjà été atteint? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

16. Y a-t-il des maladies ou des problèmes médicaux dans votre famille? Oui Non

(p. ex., le diabète, le cancer ou les maladies cardiaques)

17. Fumez-vous, vapotez-vous, utilisez-vous des cigarettes électroniques ou mâchez-vous des produits du tabac? Oui Non

18. Êtes-vous enceinte? Oui Non

Si vous avez coché « oui », quelle est la date prévue pour l'accouchement : _____

SUITE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À LA PAGE SUIVANTE

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

19. Allaitiez-vous actuellement? Oui Non

20. Vous identifiez-vous comme une personne handicapée? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

21. Vous êtes-vous récemment rendu dans des régions où des maladies endémiques sont présentes? Oui Non

22. Avez-vous présenté de nouveaux symptômes tels que la toux, de la fièvre, des frissons, des vomissements,
de la diarrhée, des éruptions cutanées ou une autre maladie depuis votre récent voyage ou récemment? Oui Non

23. Avez-vous été récemment exposé à une maladie infectieuse transmissible? Oui Non
(par exemple, la rougeole, la varicelle ou la tuberculose)

24. Avez-vous récemment reçu un traitement antimicrobien? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez indiquer la raison : _____

25. Vos vaccinations sont-elles à jour? Oui Non

26. Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à votre santé qui n'ont pas été abordés ci-dessus? Oui Non

Si vous avez coché « oui », veuillez préciser : _____

Signature PATIENT PARENT TUTEUR RESPONSABLE

Date

Examiné par un dentiste

Date