

## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Sexe F  M   
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_  
 Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui \_\_\_\_\_  
 Craignez-vous les traitements dentaires ?  
 Pas du tout  Un peu  Beaucoup   
 Précisez \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_  
 Tél. travail \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_  
 En cas d'urgence, appeler :  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Lien avec patient \_\_\_\_\_  
 Tél. principal \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_

Dernière visite 0 - 6 mois  6 - 12 mois  + de 12 mois   
 Traitement(s) reçu(s) \_\_\_\_\_ Oui Non  
 Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ?    
 Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)    
 Conditions cardiaques  
 Infarctus, angine, chirurgie, etc.    
 Infection du cœur (endocardite)    
 Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule    
 Tension artérielle (pression) haute  basse     
 Étourdissements, évanouissements    
 Maux de tête fréquents    
 Douleur à l'articulation de la mâchoire    
 Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)    
 Troubles ou maladies du système digestif    
 Précisez \_\_\_\_\_  
 Troubles d'estomac ulcère  reflux     
 Troubles du rein    
 Diabète    
 Troubles thyroïdiens    
 Cancer (tumeur) Précisez \_\_\_\_\_    
 Radiothérapie    
 Chimiothérapie    
 Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?    
 Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)    
 Précisez \_\_\_\_\_

Maladies de peau    
 Problèmes oculaires (yeux)    
 Maux d'oreilles    
 Arthrite    
 Ostéoporose    
 Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)    
 Injection annuelle ou mensuelle    
 Douleur chronique    
 Épilepsie    
 Troubles ou maladies du système nerveux    
 Troubles ou maladies psychiatriques    
 Rhumes fréquents ou sinusite    
 Tuberculose ou problèmes pulmonaires    
 Asthme    
 Rhum des foins/allergies saisonnières    
 Allergie ou manifestation à ces produits :  
 Latex   Sulfamidés    
 Pénicilline   Anesthésiques    
 Autres antibiotiques   Aliments    
 Codéine   Produits contenant de l'iode    
 Aspirine   Autres : \_\_\_\_\_    
 Autres conditions médicales à mentionner : \_\_\_\_\_

### Autres aspects

Ronflez-vous ?    
 Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?    
 Fumez-vous ? \_\_\_ cig./jour ou ex-fumeur    
 Consommez-vous de l'alcool ?    
 Fréquence : \_\_\_ verres  /jour  /sem.  /mois   
 Consommez-vous des drogues ?    
 Prenez-vous de la méthadone ?

### Réservé au dentiste pour notes particulières

---



---



---



---



---



---



Patient(e) \_\_\_\_\_

**Précautions opératoires — À l'usage du professionnel**



**Antécédents médicaux**

Oui Non

- 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?  Oui  Non **Raison, détails et date**
- 2. Êtes-vous suivi par un médecin ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
- 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
- 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
- 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
- 6. Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non
- 7. Allaitiez-vous ?  Oui  Non
- 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?  Oui  Non Spécifiez \_\_\_\_\_
- 9. Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non
- 10. Prenez-vous des anovulants  ou hormones  ?  Oui  Non

**Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois**

Médicament et raison	Médicament et raison

**Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé**

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

**Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.**

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

**Consentement et identification**

**J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.**

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

- Patient lui-même
- Parent/tuteur (si moins de 14 ans)
- Mandataire/responsable
- Autre

M.  Mme  \_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

**J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.**

Signature _____	Date AA/MM/JJ _____	Signature _____	Date AA/MM/JJ _____
Signature _____	Date AA/MM/JJ _____	Signature _____	Date AA/MM/JJ _____
Signature _____	Date AA/MM/JJ _____	Signature _____	Date AA/MM/JJ _____
Signature _____	Date AA/MM/JJ _____	Signature _____	Date AA/MM/JJ _____