



**QUESTIONNAIRE
D'INTRODUCTION
CONFIDENTIEL**

NOM: _____ PRÉNOM: _____

SEXE : M F POIDS: _____ TAILLE: _____ DATE DE NAISSANCE: J: _____ M: _____ A: _____

ADRESSE: _____ (N°, RUE, APP) _____ VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉL: RÉ: _____ TR: _____ CELL: _____

COURRIEL: _____

PÈRE TUTEUR
MÈRE AUTRE

N° ASSURANCE MALADIE _____

EXPIRATION _____

N° ASS.SOCIALE (FACULTATIF) _____

NOM DU RESPONSABLE _____

ASSURANCE DENTAIRE? OUI NON COMPAGNIE _____ BÉNÉFICIAIRE D'AIDE SOCIALE: OUI NON

QUI VOUS A RÉFÉRÉ À NOTRE CLINIQUE? UN PARENT UN AMI UN MÉDECIN JOURNAL BOTTIN TÉLÉPHONIQUE AUTRE

HISTOIRE MÉDICALE

Oui Non

- Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? _____
si oui, précisez : _____
Nom du médecin : _____
Date de votre dernier examen chez le médecin : J : _____ M : _____ A : _____
- Prenez-vous (présentement) des médicaments? Si oui, lesquels? _____
- Êtes-vous enceinte? _____
- Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)? _____
- Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) _____
- Fièvre rhumatismale? _____
- Saignements prolongés ou problème de coagulation? _____
- Anémie? _____
- Tension artérielle (pression)? _____ haute _____ basse _____
- Rhumes fréquents ou sinusite? _____
- Tuberculose ou problèmes pulmonaires? _____
- Troubles digestifs, reflux gastrique? _____
- Ulcère de l'estomac? _____
- Problèmes du foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)? _____
- Troubles du rein? _____
- Maladies vénériennes (MTS)? _____
- Diabète? _____ type 1 _____ type 2 _____
- Troubles thyroïdiens? _____
- Maladie de la peau? _____
- Problèmes oculaires (yeux)? _____
- Arthrite? _____
- Épilepsie? _____
- Troubles nerveux? _____
- Maux de tête fréquents? _____
- Étourdissements, évanouissements? _____
- Maux d'oreilles? _____
- Asthme? _____
- Cholestérol? _____
- Autres problèmes? Spécifiez _____
- Fumez-vous? _____
- Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)? _____
- Êtes-vous atteint du syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)? _____
- Êtes-vous séro-positif au test du SIDA? _____
- Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genoux etc.)? _____
- Ronflez-vous? _____

Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants :

Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesthésie locale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine	Autre _____		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles? Et quand? _____						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? _____						

Remarques particulières : _____

Je soussigné, déclare avoir lu, compris et avoir répondu au questionnaire au meilleur de ma connaissance.

Signature : (patient ou responsable) _____ Date : _____

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire et avoir pris les mesures d'usage.

Signature : (dentiste traitant) _____

CHANGEMENTS DANS L'ÉTAT DE SANTÉ

Date :

Date :

Date :

Date :