

Questionnaire médical

Vos coordonnées

Date du rendez-vous : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Occupation : _____

N° d'ass. maladie : _____ Expiration : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Tél. (domicile) : _____

Tél. (cellulaire) : _____ Tél. (travail) : _____

Courriel : _____

Si vous êtes un patient d'âge mineur, nom du responsable financier : _____

Avec qui pouvons-nous communiquer en cas d'urgence ? Nom : _____

Lien de parenté : _____ Tél. : _____

Oui **Non** Êtes-vous prestataire du Programme d'aide sociale ?

Assurance dentaire

Oui **Non** Possédez-vous une assurance dentaire ?

Nom de la compagnie : _____

Nom du titulaire de la police : _____

Date de naissance : _____

N° du contrat : _____

N° de certificat : _____

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire ?

Groupe Pages Jaunes Vitrine de la clinique Affiche, pamphlet

Internet Référé par un patient de la clinique. Nom

De quelle façon désirez-vous que l'on confirme les prochains rendez-vous ?

Courriel Téléphone

*Nous vous demandons de nous aviser **48 heures** à l'avance de tout changement de rendez-vous. Ce préavis nous permettra d'offrir votre période de rendez-vous à une autre personne et donnera la possibilité à votre dentiste et à son équipe de réorganiser leur horaire sans être pénalisés par votre absence. Votre collaboration est grandement appréciée.*

Questionnaire médical

Sexe : _____ Taille : _____ Poids : _____ Âge : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel : _____

Date du dernier examen médical : _____

Oui **Non** Avez-vous un problème de santé actuellement ?

Si oui, lequel ? _____

Oui **Non** Fumez-vous la cigarette ? Si oui, combien de fois par jour ? _____

Oui **Non** Fumez-vous du cannabis ? Si oui, combien de fois par jour ? _____

Oui **Non** Dans la dernière année, avez-vous remarqué un changement dans votre santé ?

Si **oui**, spécifier : _____

Oui **Non** Suivez-vous un traitement médical présentement ?

Si **oui**, spécifier : _____

Oui **Non** Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ?

Oui **Non** Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu une maladie grave ?

Si **oui** laquelle ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert des problèmes de santé suivants ?

(Cochez les cases qui s'appliquent)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> MTS _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance coronarienne | <input type="checkbox"/> Épisode de perte de conscience | <input type="checkbox"/> VIH / Sida |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Apoplexie | <input type="checkbox"/> Jaunisse |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie valvulaire | <input type="checkbox"/> Problèmes émotionnels | <input type="checkbox"/> Hépatite B |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Hépatite C |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque congénitale | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Maladie osseuse |
| <input type="checkbox"/> Souffle au cœur | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine avec effort | <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Arthrite |
| <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Basse pression | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Bouche sèche | <input type="checkbox"/> Tumeur bénigne |
| <input type="checkbox"/> Hémorragie après chirurgie | <input type="checkbox"/> Ulcère d'estomac | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Saignement anormal | <input type="checkbox"/> Problème de glande thyroïde | <input type="checkbox"/> Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Tuberculose | |
| <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine | <input type="checkbox"/> Problème de rein | |
| <input type="checkbox"/> Maladie sanguine | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | |

Questionnaire médical

Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un des produits suivants ?
(Cochez les cases qui s'appliquent)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pénicilline | <input type="checkbox"/> Codéine |
| <input type="checkbox"/> Sulfamides | <input type="checkbox"/> Narcotique |
| <input type="checkbox"/> Barbiturique | <input type="checkbox"/> Aspirine |
| <input type="checkbox"/> Somnifère | <input type="checkbox"/> Anesthésie locale |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> Latex |

Oui **Non** Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert du rhume des foins ?

Oui **Non** Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'eczéma ?

Oui **Non** Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'urticaire ?

Oui **Non** Avez-vous d'autres problèmes de santé ?

Si oui, précisez : _____

Oui **Non** Prenez-vous des médicaments présentement ?

Nom de votre pharmacie : _____ dans quelle ville ? _____

No de téléphone : _____

Faites une liste de tous les médicaments, suppléments ou vitamines pris lors des deux dernières années.

Médicaments /dose	Raison	Prenez-vous encore ?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Oui **Non** Mme êtes-vous enceinte ?

Oui **Non** Allaitiez-vous ?

Oui **Non** Mme prenez-vous des anovulants ?

Oui **Non** Des hormones ?

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____