

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 _____
 Genre F M X C
 Date de naissance _____
 Num. d'ass. maladie _____ Expiration _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____

Coordonnées

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

Informations dentaires Référé par : _____

Raison de la visite aujourd'hui _____

Craignez-vous les traitements dentaires ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup

Précisez _____ 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 vous offrir les meilleurs soins possibles. Il est destiné à l'usage médical et n'est de nature ni diagnostique ni thérapeutique. Il est à compléter en consultation avec votre dentiste de tout changement à votre état de santé.

Veuillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de peau _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques			Problèmes oculaires (yeux) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection annuelle ou mensuelle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies du système nerveux _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système digestif _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies psychiatriques _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Rhumes fréquents ou sinusite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie ou manifestation à ces produits :		
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/> Sulfamidés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline <input type="checkbox"/> Anesthésiques <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine <input type="checkbox"/> Produits contenant de l'iode <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Autres conditions médicales à mentionner : _____		

Autres aspects

Vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ou que vous semblez arrêter de respirer pendant votre sommeil? _____
 Vous réveillez-vous fatigué le matin et/ou ressentez-vous de la fatigue durant la journée? _____
 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 du cannabis? _____

Consommez-vous d'autres drogues? _____
 Prenez-vous de la méthadone? _____

Réservé au dentiste pour notes particulières

Antécédents médicaux

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

Veuillez 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

Versa

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 personne autorisée*

Date

Nom en lettres moulées

*Si le patient est un mineur de moins de 14 ans : le titulaire de l'autorité parentale (incluant le parent) ou le tuteur. Si le patient est un mineur de 14 ans ou plus : le mineur lui-même, le titulaire de l'autorité parentale (incluant le parent) ou le tuteur.

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements à mon état de santé depuis la visite précédente.

Signature

Date

Signature

Date

Signature

Date

Signature

Date

Par la présente, j'autorise l'échange informatisé de données pour la transmission, à l'administrateur de mon régime ou à ses mandataires, de tous les renseignements contenus dans mes demandes de prestations d'assurance soins dentaires.

Signature du patient ou du parent/tuteur : _____ Date : _____

Par la présente, je délègue au Dr _____ les prestations payables au titre de mes demandes transmises par échange informatisé de données et j'autorise mon assureur à lui envoyer le paiement directement.

Signature du patient ou du parent/tuteur : _____ Date : _____

Par la présente, j'autorise l'accès à tous les renseignements de mon dossier dentaire au denturologue et à tous les membres de l'équipe dentaire.

Signature du patient ou du parent/tuteur : _____ Date : _____

Par la présente, j'autorise tous les dentistes du Centre dentaire Masson (et leur personnel) à envoyer par courriel électronique mes radiographies dentaires à d'autres professionnels de la santé auxquels il est possible qu'on me réfère, aux assurances dentaires, à la RAMQ ou tout simplement à moi-même :

Signature du patient ou du parent/tuteur : _____ Date : _____

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 Dentiste Traitant: _____ Date : _____