

CLINIQUE DENTAIRE PIERRE MARTIN

QUESTIONNAIRE MÉDICO-DENTAIRE

Tél. rés. : _____

Tél. Bureau : _____

Cellulaire : _____

Courriel : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Oui Non

Avez-vous un médecin de famille _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de

Maladie du coeur _____

Fièvre rhumatismale _____

Haute / basse pression _____

Asthme _____

Anémie _____

Tuberculose, problèmes pulmonaires _____

Diabète / cholestérol _____

Problèmes de foie (hépatite, cirrhose) _____

Troubles du rein _____

Maladies vénériennes _____

Porteur du virus VIH _____

Problèmes oculaires « yeux » glaucome/cataracte _____

Arthrite / maux de dos _____

Ostéoporose ou médicament pour les os _____

Maladie héréditaire _____

Troubles nerveux / Épilepsie _____

Troubles thyroïdiens _____

Troubles digestifs _____

Saignements prolongés _____

Ulcère de l'estomac _____

Avez-vous des prothèses articulaires ? _____

Maux de tête fréquents _____

Perte de conscience, étourdissements, vertiges _____

Maux d'oreilles _____

Ronflez-vous ? _____

Allergies

Latex _____

Anti-inflammatoires et narcotiques _____

Pénicilline _____

Aspirine _____

Iode _____

Sulfas _____

Anesthésie locale _____

Autres antibiotiques _____

Autres allergies _____

Êtes-vous enceinte présentement ? _____

HISTOIRE MÉDICALE (SUITE)

Oui Non

Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires _____

Votre sourire vous plait-il ? _____

Qu'aimeriez-vous changer ? _____

Prenez-vous

La pilule anticonceptionnelle _____

Des médicaments / vitamines / produits naturels _____

Médication actuelle

Êtes-vous fumeur ? _____

Avez-vous eu des :

Traitements de radiothérapie _____

Interventions chirurgicales _____

_____ Date : _____

_____ Date : _____

HISTOIRE DENTAIRE

Combien de temps depuis le dernier rendez-vous dentaire ? _____

Avez-vous eu :

Traitements de gencives _____

Hémorragies _____

Traitements d'orthodontie _____

Traitement de canal _____

Extraction ou chirurgie buccale _____

Radiographies dentaires _____

Avez-vous des :

Douleurs / difficultés lorsque vous ouvrez la bouche _____

Saignements de gencives _____

Dents manquantes non remplacées _____

Dents mobiles (qui bougent) _____

Des gencives qui se détachent des dents _____

La présence de pus entre les dents et les gencives _____

Des dents permanentes qui se déchaussent _____

Une modification dans l'alignement des dents _____

Dent(s) sensible(s) _____

Une mauvaise haleine qui persiste _____

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Révision du questionnaire médical

Date

Initiales

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Signature du patient : _____ Signature du dentiste : _____ Date : _____