

## Questionnaire médicodentaire confidentiel

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Sexe M  F   
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Ass. Maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_  
 Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_  
 Tél. travail \_\_\_\_\_  
 Tél. cellulaire \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom \_\_\_\_\_  
 Tél. principal \_\_\_\_\_  
 Autre tél. \_\_\_\_\_  
 Lien avec le patient \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer si vous souffrez ou avez déjà souffert de :**      **Oui**   **Non**

Maladie de peau .....    
 Maux d'oreilles .....    
 Arthrite.....    
 Troubles du rein.....    
 Troubles thyroïdiens.....    
 Maux de tête fréquents .....    
 Douleur chronique .....    
 Étourdissements, évanouissements.....    
 Épilepsie .....    
 Ulcères d'estomac.....    
 Autres troubles ou maladies du système digestif.....    
 Troubles ou maladie du système nerveux .....    
 Troubles ou maladie psychiatriques.....    
 Rhumes fréquents ou sinusite .....    
 Rhume des foins / allergies saisonnières .....    
 Diabète.....    
 VIH / SIDA.....    
 Autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)....    
 Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.).....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Asthme .....    
 Tuberculose .....    
 Autres problèmes pulmonaires .....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignement prolongé) .....    
 Glaucome .....    
 Autres problèmes oculaires .....    
 Cancer .....    
 Ostéoporose .....    
 Endocardite (infection au coeur).....    
 Autres problèmes cardiaques (infarctus, angine, arythmie, etc.) .....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Tension artérielle (pression)    haute     basse  .....    
 Douleur à l'articulation de la mâchoire .....    
 Douleur aux dents .....    
 Saignement ou douleur aux gencives.....    
 Sécheresse de la bouche.....    
 Apnée du sommeil.....    
 Consommez-vous de l'alcool ? .....    
     Précisez :    Peu     Modérément     Beaucoup   
 Ronflez-vous ?.....    
 Fumez-vous ?..... (ex-fumeur )    
 Êtes-vous enceinte ? .....    
 Allaitiez-vous ?.....

**Suivi médical**      **Oui**   **Non**

Avez-vous déjà reçu des traitements contre le cancer  
 (radiothérapie, chimiothérapie, etc.).....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Avez-vous déjà reçu des traitements contre l'ostéoporose  
 (comprimés, injections, etc.).....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Avez-vous une prothèse articulaire (hanche, genoux, etc.) ? .....    
 Avez-vous déjà subi une chirurgie cardiaque .....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Avez-vous déjà subi d'autre(s) chirurgie(s) ou été hospitalisé(e) .....    
     Précisez \_\_\_\_\_  
 Êtes-vous suivi(e) par un médecin de famille.....    
     Nom du médecin \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou de l'intolérance aux produits suivants ?**

	Oui	Non		Oui	Non
Latex .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesthésiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvons-nous communiquer avec votre pharmacie au besoin ? .....    
     Nom de la pharmacie \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer les médicaments que vous prenez ou avez pris dans la dernière année OU nous fournir une liste imprimée par votre pharmacien.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ? \_\_\_\_\_

Raison de votre visite aujourd'hui : \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Personne responsable :    Patient lui-même     Parent     Autre

Nom en lettres moulées (si autre que le patient lui-même)

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_