

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 _____
 Sexe F M
 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) ?

	Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques		
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire	<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 digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		

	Oui	Non
Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie ou manifestation à ces produits :		
Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits contenant de l'iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales à mentionner : _____		

Autres aspects

Ronflez-vous ?
 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 des 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 ?
 2. Êtes-vous suivi par un médecin ?
 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?
 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?
 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?
 6. Êtes-vous enceinte ?
 7. Allaitiez-vous ?
 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?
 9. Prenez-vous des médicaments ?
 10. Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

Raison, détails et date

Spécifiez

Veillez 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

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 responsable _____ Date _____

- Patient lui-même
- Parent/tuteur (si moins de 14 ans)
- Mandataire/responsable
- Autre

M. Mme _____
 Nom en lettres moulées

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature _____	Date _____	Signature _____	Date _____
Signature _____	Date _____	Signature _____	Date _____
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 denturologiste 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 : _____