

**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.

NOM:	<input type="text"/>	PRÉNOM:	<input type="text"/>	SEXE:	M	F
ADRESSE:	<input type="text"/>	VILLE:	<input type="text"/>	CODE POSTAL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TÉL DOM:	<input type="text"/>	TÉL AUTRE:	<input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COURRIEL	<input type="text"/>	NO.ASS.MAL	<input type="text"/>	EXP:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HISTOIRE MÉDICALE			
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	<input type="radio"/>	O	N
Si oui:	NOM:	<input type="text"/>	
	TÉLÉPHONE:	<input type="text"/>	
Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?	<input type="radio"/>	O	N
Êtes-vous enceinte?	<input type="radio"/>	O	N
Prenez-vous des anovulants?(pilule anticonceptionnelle)	<input type="radio"/>	O	N
<b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de...?</b>			
Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle)	<input type="radio"/>	O	N
Fièvre rhumatismale	<input type="radio"/>	O	N
Saignements prolongés	<input type="radio"/>	O	N
Anémie	<input type="radio"/>	O	N
Tension artérielle(préssion) haute ou basse	<input type="radio"/>	O	N
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="radio"/>	O	N
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="radio"/>	O	N
Troubles digestifs	<input type="radio"/>	O	N
Ulcère de l'estomac	<input type="radio"/>	O	N
Problème de foie (hépatite)	<input type="radio"/>	O	N
Troubles du rein	<input type="radio"/>	O	N
Maladies vénériennes	<input type="radio"/>	O	N
Diabète	<input type="radio"/>	O	N
Troubles thyroïdiens	<input type="radio"/>	O	N
Maladies de la peau	<input type="radio"/>	O	N
Problème oculaires(yeux)	<input type="radio"/>	O	N
Arthrite	<input type="radio"/>	O	N
Épilepsie	<input type="radio"/>	O	N
Troubles nerveux	<input type="radio"/>	O	N
Maux de tête fréquents	<input type="radio"/>	O	N
Étourdissements et/ou évanouissement	<input type="radio"/>	O	N
Maux d'oreilles	<input type="radio"/>	O	N
Ostéoporose	<input type="radio"/>	O	N
Asthme	<input type="radio"/>	O	N
Avez-vous déjà subit des traitements de radiothérapie/chimiothérapie?	<input type="radio"/>	O	N
Êtes-vous atteint du SIDA?	<input type="radio"/>	O	N
Êtes-vous séro-positif au test du SIDA?	<input type="radio"/>	O	N
Avez-vous des prothèses articulaires?(hanches,genoux,etc)	<input type="radio"/>	O	N

Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants:		
Aliments	<input type="radio"/>	O N
Pénicilline	<input type="radio"/>	O N
Aspirine	<input type="radio"/>	O N
Iode	<input type="radio"/>	O N
Codéine	<input type="radio"/>	O N
Sulfamides	<input type="radio"/>	O N
Anesthésie Locale	<input type="radio"/>	O N
Latex	<input type="radio"/>	O N
Autres:	<input type="radio"/>	O N
<b>Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles et quand?</b>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<b>Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?</b>		
<input type="text"/>		
<b>Prenez-vous des médicaments?</b>		
<b>Médicament</b>	<b>Raison</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre</b>		
Nom et fonction	numéro tél/faxe	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Votre santé dentaire...</b>		
Votre dernière visite chez le dentiste?		
Raison de votre visite aujourd'hui?		
<b>Aimez-vous l'apparence de votre sourire?</b>		
<input type="radio"/>	O	N
<b>Autres aspects</b>		
Ronflez-vous?	<input type="radio"/>	O N
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	<input type="radio"/>	O N
Fumez-vous?	<input type="radio"/>	O N
Consommez-vous des drogues?	<input type="radio"/>	O N
Consommez-vous de l'alcool?	<input type="radio"/>	O N
_____ verres par jour/sem/mois		
Prenez-vous de la méthadone?	<input type="radio"/>	O N

**Consentement**

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. J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou du responsable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom en lettre moulées

AA/MM/JJ