

CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION

Nom de famille du patient	Prénom	Date de naissance ____/____/____ J M A	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Poids ____ lbs ____ kg	Téléphone (R) _____ (T) _____ (C) _____
Adresse		Ville	Code postal		

Référé par: <input type="checkbox"/> Un parent/ami <input type="checkbox"/> Journaux/bottin téléphonique <input type="checkbox"/> Un Dr <input type="checkbox"/> Internet	Avez-vous une assurance dentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Responsable des honoraires: <input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Aide sociale (BAS) <input type="checkbox"/> Parent ou tuteur Précisez: _____ Nom, Prénom, lien de parenté du responsable Occupation
---	--	---

<p>HISTOIRE MÉDICALE Indiquez ci-dessous les problèmes que vous avez ou avez eus:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>1. Problèmes cardiaques ou de pression (endocardite, chirurgie valvulaire, infarctus, angine)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Problèmes sanguins (anémie, prise d'anticoagulant, saignements prolongés)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Traitements pour cancer (radiothérapie, chimiothérapie)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Ostéoporose, prise de bisphosphonates</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. Maladie du foie, jaunisse, hépatite, cirrhose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6. Diabète</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7. Problèmes digestifs ou d'estomac (ulcères, reflux)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8. Problèmes rénaux</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>9. Tuberculose ou autres problèmes pulmonaires (asthme, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>10. Étourdissements, perte de conscience, maux de tête fréquents</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>11. Épilepsie, fièvre rhumatismale ou autres problèmes nerveux</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>12. Sinusites ou rhumes fréquents</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>13. Êtes-vous atteint du VIH ou de maladies transmises sexuellement</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>14. Maux d'oreilles, troubles oculaires, maladies de la peau</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. Arthrite, prothèses articulaires (hanche, genou, etc.), douleurs à la mâchoire ..</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. Ronflements, apnée du sommeil</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. Troubles thyroïdiens</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prenez-vous des médicaments; si oui, lesquels?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avez-vous des maladies graves; si oui, précisez:</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fumez-vous?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Oui	Non	1. Problèmes cardiaques ou de pression (endocardite, chirurgie valvulaire, infarctus, angine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Problèmes sanguins (anémie, prise d'anticoagulant, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Traitements pour cancer (radiothérapie, chimiothérapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Ostéoporose, prise de bisphosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Maladie du foie, jaunisse, hépatite, cirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Problèmes digestifs ou d'estomac (ulcères, reflux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Tuberculose ou autres problèmes pulmonaires (asthme, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Étourdissements, perte de conscience, maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Épilepsie, fièvre rhumatismale ou autres problèmes nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Sinusites ou rhumes fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Êtes-vous atteint du VIH ou de maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Maux d'oreilles, troubles oculaires, maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Arthrite, prothèses articulaires (hanche, genou, etc.), douleurs à la mâchoire ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Ronflements, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous des médicaments; si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des maladies graves; si oui, précisez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>FEMME</p> <p>Prenez-vous des anovulants ou des hormones? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Allaitiez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>ALLERGIES</p> <p><input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Iode</p> <p><input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Codéine <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Anesthésiques locaux <input type="checkbox"/> Autres: _____</p> <p>Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? Remarque: _____</p> <p>HISTOIRE DENTAIRE</p> <p>Raison de la présente visite: _____</p> <p>Date du dernier examen dentaire: _____</p> <p>Par le dentiste: _____</p> <p>Nombre de radiographies prises depuis 2 ans: _____</p> <table border="0"> <tr> <td>Avez-vous déjà eu:</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>1. Traitements des gencives</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5. Prothèses dentaires</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Orthodontie (broches)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6. Chirurgie buccale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Traitements de canal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7. Implants</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Couronnes et ponts</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Avez-vous déjà eu:	Oui	Non		Oui	Non	1. Traitements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Orthodontie (broches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Chirurgie buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Traitements de canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Couronnes et ponts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Oui	Non																																																																																											
1. Problèmes cardiaques ou de pression (endocardite, chirurgie valvulaire, infarctus, angine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
2. Problèmes sanguins (anémie, prise d'anticoagulant, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
3. Traitements pour cancer (radiothérapie, chimiothérapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
4. Ostéoporose, prise de bisphosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
5. Maladie du foie, jaunisse, hépatite, cirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
6. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
7. Problèmes digestifs ou d'estomac (ulcères, reflux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
8. Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
9. Tuberculose ou autres problèmes pulmonaires (asthme, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
10. Étourdissements, perte de conscience, maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
11. Épilepsie, fièvre rhumatismale ou autres problèmes nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
12. Sinusites ou rhumes fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
13. Êtes-vous atteint du VIH ou de maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
14. Maux d'oreilles, troubles oculaires, maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
15. Arthrite, prothèses articulaires (hanche, genou, etc.), douleurs à la mâchoire ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
16. Ronflements, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
17. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Prenez-vous des médicaments; si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Avez-vous des maladies graves; si oui, précisez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Avez-vous déjà eu:	Oui	Non		Oui	Non																																																																																									
1. Traitements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
2. Orthodontie (broches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Chirurgie buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
3. Traitements de canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Implants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																									
4. Couronnes et ponts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												

Nom de votre médecin:	Dernier examen médical _____ J M A	SIGNATURE Patient ou responsable _____ J M A
-----------------------	---------------------------------------	---