

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 _____

M. Mme

Nom en lettres moulées _____

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

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

Signature _____ Date AA/MM/JJ Signature _____ Date AA/MM/JJ

Signature _____ Date AA/MM/JJ Signature _____ Date AA/MM/JJ

Signature _____ Date AA/MM/JJ Signature _____ Date AA/MM/JJ

Signature _____ Date AA/MM/JJ Signature _____ Date AA/MM/JJ



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 _____ AA/MM/JJ

Num. d'ass. maladie _____ Expiration AA/MM

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

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) ?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

Patient(e) _____

Antécédents médicaux

Oui Non

Raison, détails et date

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 ? Spécifiez _____

9. Prenez-vous des médicaments ?

10. Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

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	
Médicament et raison	
Médicament et raison	

Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées

Oui Non

Oui Non

Problèmes sanguins

(hémophilie, anémie, saignements prolongés)

Conditions cardiaques

Infarctus, angine, chirurgie, etc.

Infection du cœur (endocardite)

Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule

Tension artérielle (pression) haute basse

Étourdissements, évanouissements

Maux de tête fréquents

Douleur à l'articulation de la mâchoire

Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)

Troubles ou maladies du système digestif

Précisez _____

Troubles d'estomac

ulcère reflux

Troubles thyroïdiens

Diabète

Troubles du rein

Précisez _____

Cancer (tumeur) Précisez _____

Radiothérapie

Chimiothérapie

Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Précisez _____

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 ?

Réserve au dentiste pour notes particulières

Autres conditions médicales à mentionner : _____

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