



Histoire Médical / Questionnaire Dentaire

MR / MISS / MRS. / MS / DR.

NOM:

La profession:

Date de naissance: MM / JJ / AAAA

ADRESSE (DOMICILE):

COURRIEL:

TÉLÉPHONE:

AUTRE TÉLÉPHONE:

CARTE SANTÉ:

PHARMACIE:

CONSENTEZ-VOUS AUX RAPPELS DE RENDEZ-VOUS
PAR COURRIEL/MESSAGE TEXTE?

☐ Oui ☐ Non

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS?

EN CAS D'URGENCE, NOUS DEVONS INFORMER:

NOM:

RELATION:

TÉLÉPHONE:

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE:

TÉLÉPHONE:

NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE:

DOMAINE DE SPÉCIALITÉ:

TÉLÉPHONE:

DENTISTE PRÉCÉDENT:

COURRIEL:

TÉLÉPHONE:

Les informations suivantes sont nécessaires pour nous permettre de vous fournir les meilleurs soins dentaires possibles. Toutes les informations sont strictement privées et sont protégées par la confidentialité médecin-patient. Le dentiste examinera les questions et expliquera tout ce que vous ne comprenez pas. Veuillez remplir le formulaire en entier

1. Êtes-vous actuellement traité pour un problème de santé ou avez-vous été traité au cours de la dernière année?
Si oui, veuillez expliquer. ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

2. À quand remonte votre dernier examen médical

3. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé général au cours de la dernière année?
Si oui, veuillez expliquer. ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

4. Prenez-vous des médicaments, des médicaments en vente libre ou des suppléments à base de plantes?
Si oui, veuillez les énumérer. ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

5. Avez-vous des allergies? ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain / Peut-être
Si oui, veuillez les énumérer en utilisant les catégories ci-dessous
a) médicaments / anesthésiques _____
b) latex/ caoutchouc/ métal _____
c) autre (p. ex., rhume des foins, saison/environnement, aliments) _____
6. Avez-vous déjà eu une réaction particulière ou indésirable à un médicament ou à une injection ou à un gel anesthésique topique? Si oui, veuillez expliquer ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

7. Avez-vous subi une greffe ou un prélèvement d'organe? ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain / Peut-être

8. Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'une des situations suivantes? Veuillez vérifier.
- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Douleur thoracique, angine | ☐ Pression artérielle basse | ☐ Maladie thyroïdienne | ☐ Hémophilie, trouble de la coagulation |
| ☐ Crise cardiaque | ☐ Mise en place d'endoprothèses | ☐ Diabète | ☐ Cancer |
| ☐ AVC, AIT | ☐ Tuberculose | ☐ Glaucome | ☐ Chimiothérapie / radiothérapie |
| ☐ Souffle au cœur | ☐ Maladie pulmonaire / MPOC | ☐ Rhumatisme articulaire aigu | ☐ Thérapie aux stéroïdes |
| ☐ Anticoagulants | ☐ Asthme | ☐ Arthrite / polyarthrite rhumatoïde / arthrose | ☐ Consommation ou dépendance à la drogue, à l'alcool ou au cannabis |
| ☐ Prolapsus de la valvule | ☐ Essoufflement | ☐ Médicaments contre l'ostéoporose (par ex. Fosamax, Actonel) | ☐ Anxiété/depression |
| ☐ Stimulateur | ☐ Convulsions (épilepsie) | ☐ Injections de Prolia | ☐ Démence |
| ☐ Cholestérol | ☐ Ulcères d'estomac | | |
| ☐ Hyperthermie maligne | ☐ Appelée myasthénie | | |
9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu une réparation de remplacement d'une valve cardiaque, une infection du cœur (c.-à-d. endocardite infectieuse), maladie cardiaque de naissance (c.-à-d. maladie cardiaque congénitale) ou transplantation cardiaque? Si oui, veuillez fournir des détails
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr / Peut-être

10. Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle? Si oui, quand?
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr / Peut-être
Si oui, quand a eu lieu l'opération?

11. Avez-vous besoin d'un prémed? ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain/Peut-être
12. Avez-vous des conditions ou des thérapies qui pourraient affecter votre système immunitaire (p. ex., leucémie, SIDA, VIH, radiothérapie, chimiothérapie)?
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr / Peut-être

13. Avez-vous déjà eu une hépatite, une jaunisse ou une maladie du foie? Si oui, quand?
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr / Peut-être

14. Avez-vous déjà été hospitalisé pour des maladies ou des opérations? Si oui, veuillez expliquer
☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr / Peut-être

15. Y a-t-il des conditions ou des maladies non énumérées ci-dessus que vous avez ou avez eues?

Si oui, veuillez expliquer.

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

16. Y a-t-il des maladies ou des problèmes médicaux dans votre famille (p. ex., diabète, cancer ou maladie cardiaque)? ☐ Oui ☐ Non ☐ Pas sûr / Peut-être

17. Fumez-vous ou mâchez-vous des produits du tabac ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain / Peut-être

18. Êtes-vous nerveux pendant le traitement dentaire? ☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain / Peut-être

19. Êtes vous une personne en situation de handicap? Si oui, veuillez expliquer

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

20. Avez-vous ou avez-vous déjà souffert d'apnée du sommeil? Avez-vous été traité pour cela?

Si oui, veuillez expliquer.

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

21. Consommez-vous des drogues récréatives? Si oui, veuillez expliquer.

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

22. Avez-vous déjà subi une sédation orale, une sédation intraveineuse ou une anesthésie générale ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

23. Avez-vous eu des complications pendant ou après cela? Si oui, veuillez expliquer.

☐ Oui ☐ Non ☐ Pas certain / Peut-être

RÉSERVÉ AUX FEMMES

1. Vous allaitez ou êtes enceinte ? Si elle est enceinte, quelle est la date d'accouchement prévue?

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain / Peut-être

2. Prenez-vous des pilules contraceptives? ☐ Oui ☐ Non

Questionnaire Dentaire

1. Quelle est votre principale préoccupation dentaire?

2. Avez-vous un inconfort ou une douleur dans la bouche? Si oui, où? ☐ Oui ☐ Non

3. Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents? ☐ Aucune ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+

4. Combien de fois par jour utilisez-vous le fil dentaire? ☐ Aucun ☐ 1 ☐ 2+

5. Portez-vous des prothèses dentaires? ☐ Oui ☐ Non

6. Êtes-vous satisfait de votre sourire? ☐ Oui ☐ Non

Si non, qu'aimeriez-vous changer: _____

7. Avez-vous des piercings? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, où ☐ Langue ☐ Lèvre ☐ Nez ☐ Oreille ☐ Autre: _____

CONSENTEMENT: Le soussigné autorise le médecin à prendre des radiographies, des modèles d'étude, des photos ou tout autre diagnostic de mes besoins dentaires (ou des patients). J'autorise également le médecin à effectuer toutes les formes de traitement, de médicaments et de thérapie qui peuvent être nécessaires. Je comprends aussi que l'utilisation d'agents anesthésiques comporte un certain risque. Dans la mesure du possible, on me demandera le consentement verbal ou la permission avant que tout traitement et toute radiographie ne soient effectués.

À ma connaissance, les renseignements ci-dessus sont exacts:

Patient / Parent / Tuteur Signature

Date:

Signature du dentiste ou de l'hygiéniste:

Date:

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

ASA Classification: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Overture Max:

Mallampati Classification: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

NOTES DU DENTISTE/DE L'HYGIÉNISTE: