

Votre coopération pour remplir le présent questionnaire est essentielle en vue de vous fournir des soins dentaires sécuritaires et appropriés. Tous les renseignements sont strictement confidentiels. Un membre de notre équipe pourra vous aider à remplir ce formulaire. VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

**NOM DU PATIENT (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) :** \_\_\_\_\_

**NOM PRIVILÉGIÉ :** \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_\_ SEXE/GENRE : \_\_\_\_\_ TAILLE/POIDS : \_\_\_\_\_

ÉCOLE/PROFESSION : \_\_\_\_\_

ADRESSE DOMICILIAIRE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE : \_\_\_\_\_ AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

Pouvons-nous laisser un message vocal concernant votre rendez-vous à ces numéros? Oui  Non

Êtes-vous susceptible d'être disponible à court préavis pour des rendez-vous ou des changements futurs? Oui  Non

Nous aimerions vous envoyer des courriels et des messages textes qui peuvent comprendre des confirmations de rendez-vous, des bulletins, des événements à venir et des avis importants. Cochez la case si vous souhaitez recevoir des courriels et des messages textes de notre part.

EN CAS D'URGENCE, INFORMER : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

**MÉDECIN DE FAMILLE :** \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

**NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE :** \_\_\_\_\_ DOMAINE DE SPÉCIALITÉ : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE : \_\_\_\_\_

**NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE :** \_\_\_\_\_ DOMAINE DE SPÉCIALITÉ : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR/LA PERSONNE RESPONSABLE 1

NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR/LA PERSONNE RESPONSABLE 2 (SI DIFFÉRENTS DE CEUX CI-DESSUS)

NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : \_\_\_\_\_

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

### VEUILLEZ INDIQUER TOUTE AUTRE PERSONNE POUVANT AVOIR ACCÈS À CE DOSSIER

(P. EX. : POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS)

NOM : \_\_\_\_\_ LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

### COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS ?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ami                                   | <input type="checkbox"/> Membre de la famille     | <input type="checkbox"/> Collègue                                      |
| <input type="checkbox"/> Membre du personnel de notre clinique | <input type="checkbox"/> Patient à notre clinique | <input type="checkbox"/> Recommandation d'un professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Site Web/Internet                     | <input type="checkbox"/> Publicité                | <input type="checkbox"/> J'ai moi-même vu l'enseigne/la clinique       |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____                        |   |  |

Politique de la clinique : L'heure de votre rendez-vous vous sera réservée. Si vous n'êtes pas en mesure d'honorer le rendez-vous, nous exigeons un préavis de 48 heures, sinon il pourrait être nécessaire de facturer le temps perdu.

\_\_\_\_\_  
Signature      PATIENT  PARENT  TUTEUR  RESPONSABLE       Date

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (SI LE PATIENT DISPOSE D'UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS)

SOUSCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

COMPAGNIE D'ASSURANCE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

SOUSCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

(SECONDAIRE) LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

COMPAGNIE D'ASSURANCE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS DENTAIRES DU PATIENT

1. Raison de la visite d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Avez-vous un problème dentaire qui doit être traité le plus rapidement possible? ..... Oui  Non
3. Visitez-vous régulièrement le dentiste? ..... Oui  Non
4. Date de votre dernière visite chez le dentiste \_\_\_\_\_ du dernier nettoyage \_\_\_\_\_ des dernières radiographies \_\_\_\_\_
5. À quelle fréquence vous brossez-vous les dents? \_\_\_\_\_ vous passez-vous la soie dentaire? \_\_\_\_\_
6. Vos gencives saignent-elles régulièrement? ..... Oui  Non
7. Vos dents sont-elles sensibles  
à la chaleur  au froid  lors de la mastication  aux aliments sucrés  aux goûts aigres (surs)  s. o.
8. Ressentez-vous de la douleur aux dents? ..... Oui  Non
9. Avez-vous déjà eu des blessures ou subi une chirurgie à la tête, au cou ou à la mâchoire? ..... Oui  Non
10. Avez-vous la bouche sèche ou de la difficulté à avaler? ..... Oui  Non
11. Ronflez-vous ou souffrez-vous d'apnée du sommeil? ..... Oui  Non
12. Votre mâchoire craque-t-elle ou produit-elle un bruit sec lorsque vous ouvrez grand la bouche? ..... Oui  Non
13. Grincez-vous ou serrez-vous les dents pendant la journée ou la nuit? ..... Oui  Non
14. Vous mordez-vous les lèvres/les joues fréquemment? ..... Oui  Non
15. Avez-vous déjà eu des excroissances, des grosseurs (bosses) ou des points douloureux dans la bouche? ..... Oui  Non
16. Avez-vous remarqué un déchaussement ou un mouvement de vos dents? ..... Oui  Non
17. Avez-vous subi un traitement parodontal (gencives)? ..... Oui  Non
18. Avez-vous subi un traitement orthodontique (appareil dentaire)? ..... Oui  Non
19. Avez-vous déjà été traité par un spécialiste dentaire? ..... Oui  Non
20. Avez-vous déjà eu des problèmes liés à un traitement dentaire? ..... Oui  Non
21. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? ..... Oui  Non
22. Êtes-vous nerveux/anxieux/craintif pendant un traitement dentaire? ..... Oui  Non
23. Veuillez énumérer tout autre renseignement que vous estimez que nous devrions connaître pour vous fournir les meilleurs soins dentaires possible : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature PATIENT  PARENT  TUTEUR  RESPONSABLE

Date

Examiné par un dentiste

Date

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

1. Avez-vous des problèmes de santé? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Votre état de santé général ou votre poids a-t-il changé au cours de l'année écoulée? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Recevez-vous actuellement des traitements pour un état pathologique quelconque ou avez-vous été traité au cours de l'année écoulée? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. À quand remonte votre dernier examen médical? \_\_\_\_\_  
Des problèmes ont-ils été relevés? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie ou une opération? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Prenez-vous des médicaments, des médicaments en vente libre, des suppléments homéopathiques ou à base de plantes, ou hormones de toutes sortes? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez les énumérer et indiquer la raison de la prise : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Avez-vous des allergies ou des réactions? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez les énumérer en vous servant des catégories ci-dessous :  
Médicaments \_\_\_\_\_  
Produits dérivés du latex/caoutchouc \_\_\_\_\_  
Autres (par exemple, allergies saisonnières, aliments, colorants) \_\_\_\_\_
8. Avez-vous eu une réaction indésirable à des produits dentaires, des injections ou une anesthésie locale? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un remplacement ou une réparation d'une valvule cardiaque, une infection du cœur (c'est-à-dire une endocardite infectieuse), une maladie cardiaque de naissance (c'est-à-dire une cardiopathie congénitale) ou une transplantation cardiaque? ..... Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Vous a-t-on conseillé de recevoir une prémédication (par exemple, des antibiotiques) avant le traitement dentaire? Oui  No   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SUITE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À LA PAGE SUIVANTE

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

11. Avez-vous une articulation prothétique ou artificielle? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_

12. Souffrez-vous d'une maladie ou avez-vous reçu des traitements qui pourraient affecter votre système immunitaire? ... Oui  Non

(Leucémie, SIDA, infection à VIH, radiothérapie, chimiothérapie)

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

13. Avez-vous déjà été atteint d'une hépatite, d'une jaunisse, d'une maladie du foie ou de troubles gastro-intestinaux ? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Avez-vous un problème de saignement, un trouble hémorragique, une tendance aux ecchymoses ou avez-vous reçu une transfusion sanguine? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

14. Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'un des éléments suivants (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évanouissement et étourdissements                            | <input type="checkbox"/> Cancer                            | <input type="checkbox"/> Hyperglycémie ou hypoglycémie                                     |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation                                    | <input type="checkbox"/> Traitement stéroïdien             | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux ou nerveux                                       |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire | <input type="checkbox"/> Diabète                           | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires   |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu                                  | <input type="checkbox"/> Ulcères d'estomac                 | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine  |
| <input type="checkbox"/> Prolapsus valvulaire mitral                                  | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle           | <input type="checkbox"/> Autre maladie transmissible/infection transmissible               |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque  | <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle            | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique/angine/crise cardiaque                         |
| <input type="checkbox"/> Asthme ou emphysème  | <input type="checkbox"/> Arthrite/rhumatisme               | <input type="checkbox"/> Consommation ou dépendance à la drogue, à l'alcool ou au cannabis |
| <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque  | <input type="checkbox"/> Convulsions et crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Essoufflement   |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire   | <input type="checkbox"/> Maladie rénale                    | <input type="checkbox"/> Ostéoporose   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose  | <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne              |  |

15. Y a-t-il des affections ou maladies non énumérées ci-dessus dont vous êtes atteint ou avez déjà été atteint? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

16. Y a-t-il des maladies ou des problèmes médicaux dans votre famille? ..... Oui  Non

(p. ex., le diabète, le cancer ou les maladies cardiaques)

17. Fumez-vous, vapotez-vous, utilisez-vous des cigarettes électroniques ou mâchez-vous des produits du tabac? Oui  Non

18. Êtes-vous enceinte? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », quelle est la date prévue pour l'accouchement : \_\_\_\_\_

**SUITE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À LA PAGE SUIVANTE**

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

19. Allaitiez-vous actuellement? ..... Oui  Non

20. Vous identifiez-vous comme une personne handicapée? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

21. Vous êtes-vous récemment rendu dans des régions où des maladies endémiques sont présentes? ..... Oui  Non

22. Avez-vous présenté de nouveaux symptômes tels que la toux, de la fièvre, des frissons, des vomissements, de la diarrhée, des éruptions cutanées ou une autre maladie depuis votre récent voyage ou récemment? ..... Oui  Non

23. Avez-vous été récemment exposé à une maladie infectieuse transmissible? ..... Oui  Non   
(par exemple, la rougeole, la varicelle ou la tuberculose)

24. Avez-vous récemment reçu un traitement antimicrobien? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez indiquer la raison : \_\_\_\_\_

25. Vos vaccinations sont-elles à jour? ..... Oui  Non

26. Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à votre santé qui n'ont pas été abordés ci-dessus? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature    PATIENT  PARENT  TUTEUR  RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Examiné par un dentiste

\_\_\_\_\_  
Date