

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : N° : _____ Rue : _____ App. : _____
 Ville : _____ Code Postal : _____ Courriel : _____
 Tel. Dom. : _____ trav. : _____ Cell. : _____
 N° ass. Maladie : _____ Occupation : _____
 En cas d'urgence, contacter : _____ Référé par : _____

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :	OUI	NON		OUI	NON
1. Hospitalisation en raison de maladie ou de blessure.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ostéoporose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Une réaction allergique à			24. Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aspirine, ibuprofène, acétaminophène, codéine			25. Glaucome.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pénicilline			26. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> érythromycine			27. Blessure au cou ou à la tête.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tétracycline			28. Épilepsie, convulsions.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sulfamide			29. Problèmes neurologiques (Trouble de l'attention).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anesthésique local			30. Infections virales et boutons de fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> fluorure			31. Bosses ou enflures dans la bouche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> métaux (nickel, or, argent,			32. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> latex			33. Infections transmissibles sexuellement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> autre.....			34. Hépatite (Type.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. VIH/ SIDA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Tumeur, cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Maladies de la peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tensions artérielle (Pression) : <input type="checkbox"/> Haute <input type="checkbox"/> Basse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Radiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Accident cérébro-vasculaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Chimiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anémie ou autres problèmes sanguins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Saignement prolongé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Maladies psychiatriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Emphysème.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Alcoolisme/ toxicomanie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuberculose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÊTES-VOUS :		
12. Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Actuellement traité pour une autre maladie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Troubles respiratoire ou troubles du sommeil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Conscient d'un changement de votre santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problèmes de foie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Sous médicament pour perdre du poids.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Troubles du rein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Sous supplément diététique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jaunisse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Souvent fatigué ou épuisé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Troubles thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Sujet à des maux de têtes fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Déficiences hormonales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Fumeur ou ancien fumeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cholestérol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Souvent malheureux ou déprimé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. FEMME – enceinte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ulcère d'estomac ou duodéal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. FEMME - prenez-vous des anovulants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Troubles digestifs (reflux gastrique).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. HOMME – troubles de la prostate.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres renseignements pertinents

Répertoriez tous les médicaments, suppléments et vitamines pris au cours des 6 derniers mois.

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Merci de nous aviser de tout changement.

Signature du patient _____ Date _____
 Signature du dentiste _____ Date _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Comment évaluez-vous l'état de votre bouche? Excellent Bon Passable Négligé

Je vois mon dentiste tous les 3 mois 6 mois 12 mois + de 12 mois

Nom de votre ancien dentiste :

Quel est votre souci immédiat?

Veillez répondre par oui ou par non à ce qui suit:

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

1. Craignez-vous les traitements dentaires? OUI NON
2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire désagréable? OUI NON
3. Avez-vous déjà eu des complications lors de vos traitements dentaires? OUI NON
4. Avez-vous déjà eu une réaction lors d'anesthésie locale ou de la difficulté à être anesthésié? OUI NON
5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, reçu un traitement orthodontique ou une correction de l'occlusion? OUI NON

GENCIVE ET OS

6. Avez-vous déjà eu des dents extraites? OUI NON
7. Est-ce que votre gencive saigne lors du brossage ou au passage de la soie dentaire? OUI NON
8. Avez-vous déjà été traité pour une maladie de gencive ou vous a-t-on dit que vous avez un problème avec l'os de support des dents? OUI NON
9. Avez-vous remarqué un goût ou une odeur désagréable dans votre bouche? OUI NON
10. À votre connaissance, y-a-t-il un membre de votre famille qui a déjà eu une maladie de gencive? OUI NON
11. Avez-vous déjà remarqué la présence de déchaussement? OUI NON
12. Avez-vous déjà eu des dents branlantes ou de la difficulté à manger une pomme? OUI NON
13. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche? OUI NON

STRUCTURE DES DENTS

14. Avez-vous eu des caries durant les 5 dernières années? OUI NON
15. La quantité de salive dans votre bouche semble-t-elle trop faible ou avez-vous de la difficulté à avaler les aliments? OUI NON
16. Remarquez-vous des trous, de l'usure, des cratères, de la corrosion ou de la décoloration sur la surface de vos dents? OUI NON
17. Vos dents sont-elles sensibles au froid, au chaud, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser à certains endroits? OUI NON
18. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près de la gencive? OUI NON
19. Avez-vous déjà eu des dents brisées, ébréchées, un mal de dents ou un plombage fissuré? OUI NON
20. Des aliments restent-ils pris entre vos dents? OUI NON

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

21. Avez-vous remarqué des craquements, bruits ou douleur à l'articulation? OUI NON
22. Avez-vous de la difficulté à mâcher de la gomme? OUI NON
23. Avez-vous de la difficulté à manger des bagels, des baguettes ou autres aliments durs? OUI NON
24. Vos dents ont-elles changé au cours des dernières années? OUI NON
25. Vos dents sont-elles trop serrées ou trop écartées? OUI NON
26. Pour que vos dents ferment ensemble, avez-vous plus d'une manière de fermer? OUI NON
27. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles ou avez-vous d'autres habitudes orales? OUI NON
28. Serrez-vous les dents durant la journée? OUI NON
29. Avez-vous des problèmes de sommeil? Votre mâchoire ou vos dents sont-elles sensibles au réveil? OUI NON
30. Avez-vous déjà porté ou portez-vous un appareil pour l'occlusion? OUI NON

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

31. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? OUI NON
32. Avez-vous déjà blanchi vos dents? OUI NON
33. Avez-vous déjà été mal à l'aise ou gêné par l'apparence de vos dents? OUI NON
34. Avez-vous déjà été déçu par le résultat de traitements dentaires antérieurs? OUI NON

Signature du patient: _____ Date: _____

Signature du dentiste: _____ Date: _____