

## **Questionnaire Médical dentaire :**

### **Informations Générales :**

Nom : Prénom :  
Adresse : Ville : Etat : Code Postal :  
Tél Domicile : Tél Portable : Travail :  
Date de Naissance : / / Sexe : M F Taille : Poids : Etat Civil : C M D V  
Numéro de Sécurité Sociale : - - Courriel :  
Employeur : Profession :  
Contact d'urgence : Tél du contact :

Pour la suite du questionnaire, veuillez entourer la bonne réponse. Si vous ne savez pas, entourez le « ? ». Ces informations ont pour but de nous permettre de vous dispenser les meilleurs soins possibles et sont strictement confidentielles.

### **Informations dentaires :**

Est-ce que vos gencives saignent lors du brossage ? Oui Non ?  
Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, au sucré ou à la pression ? Oui Non ?  
Avez-vous reçu des traitements parodontaux (gencives) ? Oui Non ?  
Avez-vous eu un traitement orthodontique (brackets) ? Oui Non ?  
Avez-vous déjà eu un appareil dentaire ? Oui Non ?  
Avez-vous déjà eu des problèmes associés à un traitement dentaire ? Oui Non ?

Si oui, détaillez SVP :

Date de votre dernier examen dentaire : Date de vos dernières radios :

S'il y a eu un traitement dentaire à cette date, décrivez-le s'il vous plaît :

Comment décririez-vous votre état dentaire actuel ?

Aimez-vous l'apparence de vos dents ?

### **Informations médicales :**

Etes-vous en bonne santé générale ? Oui Non ?  
Avez-vous subi des changements récents de votre état général ? Oui Non ?  
Qui est votre médecin traitant ? Nom : Ville : Tél :  
Etes-vous pris en charge pour un problème particulier ? Oui Non ?

Si oui, lequel :

Avez-vous eu une maladie grave, une opération ou été hospitalisé dans les cinq dernières années ?  
Oui Non ?

Si oui, lesquels :

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non ?

Si oui, lesquels : Sous ordonnance :

Sans ordonnance :

Herbes :

Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments associés à un régime alimentaire tels que Podimin (fendluramine), Redux (dexphenfluramine) ou phen-fen (phentermine) ? Oui Non ?

Portez-vous des lentilles de contact ? Oui Non ?

Avez-vous une prothèse orthopédique (hanche, genou, coude, doigt) ? Oui Non ?

Si oui, quand a eu lieu l'opération ?

Avez-vous eu des problèmes avec cette prothèse ? Oui Non ?

Avez-vous déjà dû prendre des antibiotiques prescrits par un médecin ou un dentiste avant un traitement dentaire ? Oui Non ?

**Allergies : Avez-vous déjà eu une réaction allergique à :**

Anesthésiques locaux ? Oui Non ? Latex ? Oui Non ?

Aspirine ? Oui Non ? Iode ? Oui Non ?

Pollen ? Oui Non ? Animaux ? Oui Non ?

Pénicilline ou autres antibiotiques ? Oui Non ?

Codéine ou autres narcotiques ? Oui Non ?

Barbituriques, sédatifs ou somnifères ? Oui Non ?

Médicaments contenant des sulfites ? Oui Non ?

Aliments ? Oui Non ?

Si oui, lesquels ?

Autre ? Oui Non ?

Si oui, lesquels ?

**Pour les patientes :**

Etes-vous enceinte ? Oui Non ?

Allaitez-vous ? Oui Non ?

Prenez-vous une pilule contraceptive ? Oui Non ?

**Avez-vous déjà eu l'un des problèmes de santé suivant :**

VIH ou Sida ? Oui Non ? Problème de sinus ? Oui Non ?

Ostéoporose ? Oui Non ? Arthrite ? Oui Non ?

Saignements ? Oui Non ? Asthme ? Oui Non ?

Reflux gastro-intestinal ? Oui Non ? Anémie ? Oui Non ?

Hépatite, jaunisse ?	Oui	Non	?	Bouche sèche ?	Oui	Non	?
Infections récurrentes ?	Oui	Non	?	Hypotension ?	Oui	Non	?
Maux de têtes, migraines ?	Oui	Non	?	Hémophilie ?	Oui	Non	?
Problèmes neurologiques ?	Oui	Non	?	Glaucome ?	Oui	Non	?
Accident vasculaire cérébral ?	Oui	Non	?	MST ?	Oui	Non	?
Tuberculose ?	Oui	Non	?	Ulcère ?	Oui	Non	?
Problèmes de sommeil ?					Oui	Non	?
Problèmes d'ordre psychiatrique ?					Oui	Non	?
Transfusion sanguine ?					Oui	Non	?

Si oui, en quelle année :

Cancer, chimiothérapie, radiation :	Oui	Non	?
-------------------------------------	-----	-----	---

Si oui, en quelle année :

Maladies cardiovasculaires ?	Oui	Non	?
------------------------------	-----	-----	---

Angine de poitrine

Hypertension artérielle

Artériosclérose

Valves artificielles

Prolapse de la valve mitrale

Problèmes de valves cardiaques

Problèmes d'artères coronaires

Crise cardiaque

Murmure cardiaque

Maladie cardiaque congénitale

Pacemaker

Rhumatisme articulaire aigu

Diabète ?	Oui	Non	?
-----------	-----	-----	---

Si oui, Type I ou Type II

Problème d'alimentation ?	Oui	Non	?
---------------------------	-----	-----	---

Si oui, détaillez :

Pertes de poids sévère ou rapide ?	Oui	Non	?
------------------------------------	-----	-----	---

Epilepsie ?	Oui	Non	?
-------------	-----	-----	---

Attaque de panique ?	Oui	Non	?
----------------------	-----	-----	---

Aphtes ou ulcères buccaux ?	Oui	Non	?
-----------------------------	-----	-----	---

Ganglions persistants dans le cou ?	Oui	Non	?
-------------------------------------	-----	-----	---

Avez-vous une maladie ou un problème de santé non mentionné ci-dessus ?	Oui	Non	?
---	-----	-----	---

Si oui, détaillez :

Je certifie que j'ai lu et compris le questionnaire ci-dessus. Je ne rendrais pas mon dentiste, ni son équipe de travail de responsable des décisions précises ou non prises en raison d'ommissions ou d'erreurs faites en remplissant ce questionnaire .

**Signature du patient ou parent légal :**

**Date :**