

## Questionnaire d'introduction confidentiel

**Nom** : \_\_\_\_\_

No ass-maladie : \_\_\_\_\_

Expiration : \_\_\_\_\_

**Adresse courriel** : \_\_\_\_\_

Bén Aide-Sociale : Oui  Non

Ass dentaire : Oui  Non

Cie d'assurance : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

**Référé(e) par** : \_\_\_\_\_ Langue parlée : Fr  Ang  Autre  \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Où avez-vous trouvé notre numéro de téléphone? \_\_\_\_\_

### Histoire Médicale

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Oui  Non

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tel : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? Oui  Non

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des anovulants, des hormones ou des biphosphonates? Oui  Non

Êtes-vous enceinte? Date de l'accouchement : \_\_\_\_\_ Oui  Non

Êtes-vous allergique ou avez-vous eu une réaction aux produits suivants :

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sulfamides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anti inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
réaction à des bijoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
autres? lesquels? _____								

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de ...?

	Oui	Non		Oui	Non
troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(infarctus, angine, souffle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avez-vous des problèmes articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avez-vous des prothèses articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problèmes de valve au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes du foie (hépatite A,B,C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous un pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	troubles du rein (dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haute pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infections transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
basse pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problème oculaire (glaucome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulcère de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problèmes nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problèmes sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fumez-vous? quantité par jour : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avez-vous déjà subi des traitements :		
saignements anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de radiothérapie et/ou chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	êtes-vous atteint(e) du SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	êtes-vous séropositif au test du SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Oui  Non

Si oui, lesquels? Et quand? : \_\_\_\_\_

(Voir verso)→

**Veillez inscrire toutes informations complémentaires pertinentes :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Histoire dentaire

Raison de la visite d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_

Pourquoi consultez-vous un nouveau dentiste ? : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps avez-vous vu un dentiste ? : \_\_\_\_\_

Quel fut le traitement reçu ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des mauvaises expériences chez le dentiste ? \_\_\_\_\_

Avez-vous... :	Oui	Non	Croyez-vous que ... :	Oui	Non
une ou des prothèse(s) dentaire(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si oui, depuis quand? _____					
déjà porté des broches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vous allez perdre une ou des dents bientôt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déjà eu des traitements de canaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vous allez porter un dentier un jour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que...			Oui	Non	
des aliments restent coincés entre vos dents?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous grincez/serrez des dents?    Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vos dents sont sensibles au chaud, froid, sucré, acide, agrumes ou à la pression?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vos gencives saignent-elles ? .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vos mâchoires sont sensibles au réveil?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous utilisez la brosse à dent? Combien de fois par jour ? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous utilisez la soie dentaire? Combien de fois par semaine ? _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous ronflez ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
votre sommeil peut-être qualifié de «réparateur»?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous êtes somnolent durant la journée?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous hésitez à montrer vos dents quand vous souriez?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous avez des espaces entre les dents qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous avez des dents qui sont croches ou mal alignées et qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vous aimeriez avoir des dents plus blanches?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous satisfait(e)...			Oui	Non	
de votre haleine?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'apparence de vos dents?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Que changeriez-vous à votre sourire si vous aviez une baguette magique ? _____					

### Politique de rendez-vous

Dans l'éventualité où votre rendez-vous n'a pu être confirmé 24 heures à l'avance, nous nous réservons le droit de l'annuler; ainsi, un autre patient pourra en bénéficier.      Initiales : \_\_\_\_\_

### Politique de paiement

Je m'engage à assumer les frais de consultation et de traitement. A défaut de non-paiement, après 90 jours de la visite, j'ai été informé que la clinique dentaire pourrait avoir recours à un service de recouvrement et des frais additionnels s'appliqueront, tels que les intérêts s'ajoutant au solde impayé à raison de 1.5% mensuellement, frais imposés par l'agence de recouvrement ou autre.

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. Par la présente, je suis informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Patient ou responsable jour mois année

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire et avoir pris les mesures d'usage le cas échéant.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Dentiste traitant jour mois année

