

Questionnaire d'introduction confidentiel

Sexe : M F Nom : _____ Prénom : _____

Adresse No: _____ rue: _____ app: _____

Ville: _____ Code postal : _____

Tél dom: _____ Tél cell: _____ Tél trav : _____ poste: _____

Date de naissance: _____ No ass-maladie: _____ Exp: _____

Bén Aide-Sociale : Oui Non Ass dentaire : Oui Non

Langue parlée : Fr Ang Autre _____

Occupation : _____

Adresse courriel : _____

Je désire m'inscrire à votre infolettre pour recevoir des conseils dentaires. Oui Non

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom : _____

Téléphone :(____) _____ (____) _____

Référé(e) par : _____

Où avez-vous trouvé notre numéro de téléphone? _____

Histoire Médicale

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	Oui	Non	
Si oui, pourquoi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom : _____ Tel : (____) _____			
Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquels? _____			
Prenez-vous des anovulants ou des hormones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous des biphosphonates? (traitement de l'ostéoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous des anticoagulants? (pour éclaircir le sang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, depuis combien d'années? _____			
Êtes-vous enceinte? _____ Date prévue de l'accouchement : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous un appareil auditif? Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> les 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	troubles de la prostate <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
basse pression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	infections transmises sexuellement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
rhumes fréquents ou sinusite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	êtes-vous séropositif au test du SIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
rhume des foins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	troubles thyroïdiens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
asthme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	maladie de peau <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
troubles digestifs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	problème oculaire (glaucome) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ulcère de l'estomac <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	épilepsie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
problèmes sanguins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	problèmes nerveux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
anémie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fumez-vous le tabac? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		quantité par jour : _____
saignements anormaux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	consommez-vous du cannabis? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
arthrite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	avez-vous déjà fumé? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
cholestérol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	consommez-vous des drogues ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
diabète <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	avez-vous déjà subi des traitements : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	de radiothérapie et/ou chimiothérapie		
Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, lesquels? Et quand ? : _____			

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 ? _____

Restait-il des traitements à faire ? _____

Avez-vous déjà eu des mauvaises expériences chez le dentiste? _____
 Sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous à votre santé dentaire, 10 étant le meilleur et expliquez pourquoi.

Avez-vous... :	Oui	Non	Avez-vous... :	Oui	Non
une ou des prothèse(s) dentaire(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	déjà porté des broches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, depuis quand? _____			déjà eu des traitements de canaux?	<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 mâchoires sont sensibles au réveil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
vos dents sont-elles sensibles au chaud <input type="checkbox"/> , au froid <input type="checkbox"/> , au sucré <input type="checkbox"/> , aux agrumes (acidité) <input type="checkbox"/> , à la pression <input type="checkbox"/>					
vos gencives saignent-elles?	<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. Après 2 rendez-vous manqués consécutifs, la clinique se réserve le droit de facturer des frais, soit 25 \$ par rendez-vous subséquent, ou d'inactiver votre dossier.

Initiales : _____

Politique de paiement

Vous êtes l'unique responsable de vos honoraires dentaires et il vous incombe de régler tous différends avec votre assureur par vous-même. Nous vous recommandons fortement de prendre connaissance de votre police d'assurance et ainsi connaître vos limites annuelles, les traitements couverts, etc...

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.

Initiales : _____

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. Je consens à ce que mon dossier électronique soit hébergé sur un serveur d'un sous-traitant informatique. 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

