

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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, pourquoi? _____			
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"/>
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	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 ? _____

