



CLINIQUE DENTAIRE

BÉDARDCOUTURE

QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION CONFIDENTIEL

NOM : _____

PRÉNOM : _____

No ASS. MALADIE : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE À DOMICILE : _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : _____

TÉLÉPHONE MOBILE : _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F

OCCUPATION : _____

EMPLOYEUR : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

TÉLÉPHONE : _____

QUI VOUS A RÉFÉRÉ ? _____

HISTORIQUE DENTAIRE

DERNIÈRE VISITE :

0 - 6 MOIS 6 MOIS - 1 AN 1 AN - 2 ANS + 2 ANS

TRAITEMENTS REÇUS _____

BUT DE VOTRE VISITE AUJOURD'HUI :

URGENCE EXAMEN COMPLET AUTRE (CONSULTATION, ETC.)

ÊTES-VOUS SATISFAIT DE L'APPARENCE DE VOS DENTS ? OUI NON

AVEZ-VOUS DE LA DOULEUR ? OUI NON

SI OUI, À QUEL ENDROIT ? _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU DES TRAITEMENTS DENTAIRES :

OUI NON

TRAITEMENT DES GENÇIVES OUI NON

TRAITEMENT D'ORTHODONTIE (BROCHES) OUI NON

TRAITEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE OU EXTRACTION OUI NON

RADIOGRAPHES DENTAIRES OUI NON

IMPLANTS DENTAIRES OUI NON

PROTHÈSES DENTAIRES OUI NON

BLANCHIMENT OUI NON

AUTRES : _____

RÉSERVÉ AU DENTISTE

DATE	PRÉCAUTIONS / CHANGEMENTS

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

SIGNATURE DU DENTISTE _____

DATE _____

ANNÉE / MOIS / JOUR _____

SUITE AU VERSO >

HISTORIQUE MÉDICALE

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :	OUI	NON	SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIE :	OUI	NON
TROUBLES CARDIAQUES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ALLERGIES SAISONNIÈRES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> VALVE <input type="radio"/> PONTAGE <input type="radio"/> ARYTHMIE			PÉNICILLINE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> STENT <input type="radio"/> INFRACTUS <input type="radio"/> AUTRE			ASPIRINE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CHOLESTÉROL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CODÉINE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FIÈVRE RHUMATISMALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	IODE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENDOCARDITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SULFAMIDÉS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROBLÈME DE SAIGNEMENT PROLONGÉ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ANESTHÉSIE LOCALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANÉMIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LATEX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TENSION ARTÉRIELLE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AUTRES : _____		
<input type="radio"/> STENT <input type="radio"/> INFRACTUS			_____		
RHUMES DRÉQUENTS OU SINUSITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
PROBLÈMES PULMONAIRES (ASTHME, TUBERCULOSE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		OUI	NON
TROUBLES DIGESTIFS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÊTES-VOUS ENCEINTE ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROBLÈMES DU FOIE (CIRRHOSE, JAUNISSE, ETC.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÊTES-VOUS FUMEUR ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HÉPATITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÊTES-VOUS CONSOMMATEUR D'ALCOOL ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TROUBLES DE REIN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÊTES-VOUS CONSOMMATEUR DE DROGUES ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INFECTION TRANSMISE SEXUELLEMENT (ITS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ OU OPÉRÉ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIABÈTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SI OUI, POUR QUELLES RAISONS ?		
TROUBLES THYROÏDIENS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	DATE	
MALADIE DE LA PEAU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	DATE	
PROBLÈMES OCULAIRES (YEUX)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	DATE	
ARTHRITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Y A-T-IL D'AUTRES POINTS DONT VOUS AIMERIEZ DISCUTER		
ÉPILEPSIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	EN PRIVÉ AVEC LE DENTISTE ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TROUBLES NERVEUX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ OU AVEZ PRIS DEPUIS 6 MOIS : _____		
MAUX DE TÊTE FRÉQUENTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
PERTE DE CONSCIENCE, ÉTOURDISSEMENTS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
MAUX D'OREILLES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
TRAITEMENT DE RADIOTHÉRAPIE (TUMEUR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
SÉROPOSITIF AU TEST DU SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		OUI	NON
PROTHÈSE (HANCHE/GENOUX)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ÊTES-VOUS SOUS LES SOINS D'UN MÉDECIN ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OSTÉOPOROSE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NOM : _____		
SI OUI, MÉDICATION :			ADRESSE : _____		
AUTRES PROBLÈMES MÉDICAUX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
VEUILLEZ PRÉCISER :			TÉLÉPHONE : _____		

Je soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Je m'engage donc par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). Je comprends que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le(s) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul accès. On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel

SIGNATURE DU PATIENT (OU DU RESPONSABLE)

DATE

ANNÉE / MOIS / JOUR