

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

Sexe: M F Nom: _____ Prénom: _____

Date de Naissance _____ Âge: _____

Nom Père: _____ Occupation _____ Adresse courriel: _____

Adresse Père: N° : _____ Rue: _____ App.: _____ Ville _____ Code Postal _____

Tél. dom.: _____ Trav.: _____ Cell.: _____

Nom Mère: _____ Occupation _____ Adresse courriel: _____

Adresse Mère: N° : _____ Rue: _____ App.: _____ Ville: _____ Code Postal _____

Tél. dom.: _____ Trav.: _____ Cell.: _____

Avez-vous des assurances? OUI NON

Nom du dentiste: _____

Raison de votre visite: _____ Référé par: _____

Est-ce la première fois que vous consultez un orthodontiste? OUI NON Y a-t-il des membres de la famille qui ont eu des appareils orthodontiques? OUI NON

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- | | OUI | NON | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Arthrite/Arthrose..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, raison : _____ | | | 25. Ostéoporose..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | 26. Épilepsie/Convulsions..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nom du médecin: _____ | | | 27. Troubles nerveux / troubles psychiatriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tel.: _____ (Ext.) _____ | | | 28. Étourdissements, évanouissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous présentement des médicaments | | | 29. Maux d'oreilles / Infection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ou au cours des six derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Ablation des amygdales et/ou adénoïdes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anovulants, Hormones, Biphosphonates..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Rhume des foins/ Rhinite allergique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spécifier: _____ | | | 32. Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Produits naturels: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. SIDA/ séropositif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamines: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Cancer (bénin ou malin)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fumez-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spécifier: _____ | | |
| 4. Êtes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Radiothérapie et/ou de chimiothérapie?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Allaitiez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de: | | | 38. Apnée du sommeil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. Réaction allergique aux produits suivants: | | |
| 8. Maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.1 Latex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Fièvre rhumatismale (troubles articulaires à la suite d'une angine)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.2 Aliments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Problèmes sanguins: | | | 39.3 Iode | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.1 Hémophilie/Saignements prolongés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.4 Aspirine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 Anémie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.5 Sulfamides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 Autres: _____ | | | 39.6 Codéine.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tension artérielle: haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.7 Pénicilline | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Rhumes fréquents ou sinusites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.8 Autres antibiotiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Anorexie / Boulimie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.9 Anesthésie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tuberculose ou problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39.10 Métaux / acrylique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Troubles digestifs: spécifier: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres: _____ | | |
| 16. Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| 17. Problèmes du foie (hépatite: A, B, C, cirrhose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| 18. Troubles du rein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| 19. Infections transmissibles sexuellement (ITS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Consommez-vous des drogues ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Consommez-vous de l'alcool ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, combien de consommations moyennes par semaine: _____ | | |
| 22. Maladie de la peau (acnée ou autres)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Hospitalisation / Chirurgie autre que dentaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Problèmes oculaires (yeux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquelles et quand : | | |
| | | | _____ date _____ | | |
| | | | _____ date _____ | | |
| | | | _____ date _____ | | |
| | | | 43. Craignez-vous les traitements dentaires ? | | |
| | | | Un peu <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> | | |
| | | | 44. Pratiquez-vous un sport de contact?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 45. Jouez-vous d'un instrument de musique?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Si oui, lequel? _____ | | |
| | | | 46. Commentaire supplémentaire: _____ | | |
| | | | _____ | | |



QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL

PRÉCAUTIONS:

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernière visite chez le dentiste 0-6 mois 6-12 mois 12 mois +

Traitements reçus au dernier rendez-vous: _____

Avez-vous déjà eu?

OUI NON

OUI NON

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Trauma à tête / mâchoire / accidents de voiture..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Application de fluor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Opération à la mâchoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement des gencives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Radiographies dentaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement d'orthodontie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Scan dentaire / résonnance dentaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Traitement de canal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Résonance magnétique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Obturations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Blanchiment..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Couronnes et/ou ponts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Avez-vous déjà eu un trouble à l'articulation de la mâchoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Prothèses complètes et/ou partielles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si oui, demander le questionnaire sur les articulations | | |
| 9. Traitement de chirurgie buccale ou extractions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Autres considérations dentaires non-mentionnées ci-haut: _____ | | |
| 10. Implants dentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |

Habitudes

OUI NON

OUI NON

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Suçage de doigt/pouce/objet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Serrement / grincement des dents..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mordillement crayon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Avaler en poussant la langue sur les dents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mordillement des lèvres..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Respiration par la bouche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ronger les ongles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Position ouverte de la bouche au repos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tic nerveux..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Mâcher de la gomme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hygiène dentaire

OUI NON

OUI NON

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Brossage de dents..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Soie dentaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de fois par jour: _____ | | | 3. Rince-bouche fluoré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réservé au dentiste

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

Signature: _____ Date: _____

Dentiste traitant

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire 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 (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès. On m'a aussi informé 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