

## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

L'information contenue au questionnaire médicodentaire est nécessaire à la prestation de soins dentaires. Votre dossier dentaire est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé à la clinique et seuls le dentiste et le personnel autorisé peuvent le consulter et y faire des inscriptions.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Genre F  M  X   
 Date de naissance \_\_\_\_\_ AA/MM/JJ  
 Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration AA/MM  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_  
 Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_  
 Tél. travail \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_  
**En cas d'urgence, appeler :**  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Lien avec patient \_\_\_\_\_  
 Tél. principal \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. \_\_\_\_\_

### Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui \_\_\_\_\_  
 Craignez-vous les traitements dentaires?  
 Pas du tout  Un peu  Beaucoup   
 Précisez \_\_\_\_\_

Dernière visite 0 - 6 mois  6 - 12 mois  + de 12 mois   
 Traitement(s) reçu(s) \_\_\_\_\_ Oui Non  
 Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie)?    
 Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies)?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

### Précautions opératoires - À l'usage du professionnel

Modification(s) \_\_\_\_\_ Date AA/MM/JJ  
 Modification(s) \_\_\_\_\_ Date AA/MM/JJ  
 Modification(s) \_\_\_\_\_ Date AA/MM/JJ  
 Modification(s) \_\_\_\_\_ Date AA/MM/JJ

### Antécédents médicaux

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
|  | Oui                   | Non                   |
| 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Êtes-vous enceinte?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Allaitiez-vous?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Prenez-vous des médicaments?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Prenez-vous des anovulants <input type="radio"/> ou hormones <input type="radio"/> ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Raison, détails et date

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Spécifiez \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois**

Médicament et raison	Médicament et raison

