



QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Renseignements personnels :

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone domicile : _____

Cellulaire : _____

Date de naissance : _____

Si vous avez moins de 18 ans, nom du parent/tuteur :

Raison de la visite : _____

Histoire médicale :

Poids : _____ Taille : _____

Êtes-vous suivi par un médecin? Oui Non

Prenez-vous des médicaments ou
en avez-vous pris au cours des six
derniers mois? Oui Non

Prenez-vous des produits naturels
ou homéopathiques? Oui Non

Des anovulants? Oui Non

Des hormones? Oui Non

Avez-vous eu une fluctuation
significative de votre masse
corporelle dernièrement? Oui Non

Êtes-vous enceinte? Oui Non

Allaitiez-vous? Oui Non

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de :

Troubles cardiaques Oui Non

Hémophilie Oui Non

Sang clair Oui Non

Autres problèmes sanguins? Oui Non

Rhumes fréquents ou sinusite Oui Non

Troubles digestifs Oui Non

Ulcères de l'estomac Oui Non

Téléphone travail : _____

Poste : _____

Courriel : _____

No d'assurance maladie : _____

Expiration : _____

En cas d'urgence, contacter : _____

Référé par : _____

Téléphone du médecin : _____

Si oui, veuillez indiquer lesquels : _____

Si oui, veuillez indiquer
lesquels : _____

Précisez : _____

Précisez _____

Fièvre rhumatismale Oui Non

Saignements prolongés Oui Non

Anémie Oui Non

Tension artérielle (pression)? Haute Basse
 Normale

Tuberculose ou problèmes
pulmonaires Oui Non

Spécifiez le trouble digestif : _____

Problèmes de foie (hépatite :
virus A, B, C, cirrhose) Oui Non



Troubles rénaux Oui Non

Infections transmissibles
sexuellement (ITS) Oui Non

Troubles thyroïdiens Oui Non

Problèmes oculaires Oui Non

Ostéoporose Oui Non

Épilepsie Oui Non

Maladies psychiatriques Oui Non

Maux de tête fréquents Oui Non

Maux d'oreilles Oui Non

Asthme Oui Non

Avez-vous déjà subi des
traitements de radiothérapie ou
chimiothérapie? Oui Non

Êtes-vous séropositif? Oui Non

Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà
dit que vous ronflez? Oui Non

**Avez-vous déjà eu une réaction allergique à l'un de ces
produits :**

Latex Oui Non

Aspirine Oui Non

Iode Oui Non

Sulfamides Oui Non

Autres antibiotiques Oui Non

Consommez-vous des drogues? Oui Non

Avez-vous déjà été hospitalisé ou
subi des interventions chirurgicales
autres que dentaires? Oui Non

Craignez-vous les traitements
dentaires? Oui Non

Souhaitez-vous discuter de votre
état de santé en privé avec votre
dentiste? Oui Non

Histoire dentaire

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

Urinez-vous souvent? Oui Non

Diabète Oui Non

Maladies cutanées Oui Non

Arthrite Oui Non

Prenez-vous des
biphosphonates? Oui Non

Troubles nerveux Oui Non

Spécifiez la maladie : _____

Étourdissement,
évanouissement Oui Non

Rhume des foins Oui Non

Êtes-vous fumeur? Oui Non

Êtes-vous atteint du syndrome
d'immunodéficience
acquise(SIDA)? Oui Non

Avez-vous des prothèses
articulaires ? Oui Non

Aliments Oui Non

Pénicilline Oui Non

Codéine Oui Non

Anesthésie locale Oui Non

Spécifiez : _____

Consommez-vous de l'alcool? Peu
 Modérément
 Beaucoup

Si oui, lesquelles et quand? _____ -

Commentaires :

Traitements reçus :



Avez-vous déjà eu les traitements ou services dentaires suivants?

Démonstration d'hygiène buccale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Traitements des gencives	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Traitement d'orthodontie (broches)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Traitement de canal	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Obturations (réparations)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Couronne (s) ou pont (s)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Prothèses complètes ou partielles	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Traitement de chirurgie buccale ou extraction	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Implants dentaires	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Radiographies dentaires	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

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 dentaires, 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 (seront) 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 : _____

À l'usage du professionnel :

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 : _____