

## Questionnaire sur les antécédents médicaux

ALERTE MÉDICALE :

NOM : M./MME/MLLE/DR

DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNÉE) : / /

ADRESSE (DOMICILE) :

TÉLÉPHONE (DOMICILE) : MOBILE :

COURRIEL:

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS?

### EN CAS D'URGENCE, APPELER :

NOM / LIEN :

TÉLÉPHONE DE JOUR :

NON DU MÉDECIN DE FAMILLE :

TÉLÉPHONE OU ADRESSE :

### COMPAGNIE D'ASSURANCES :

No de POLICE/ ASS. COLLECTIVE/ CONTRAT :

No de CERTIFICAT/ IDENTIFICATION :

NOM DE L'ASSURÉ :

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ (JOUR/MOIS/ANNÉE) : / /

LIEN AVEC L'ASSURÉ :

### COMPAGNIE D'ASSURANCES SECONDAIRE :

No de POLICE/ ASS. COLLECTIVE/ CONTRAT :

No de CERTIFICAT/ IDENTIFICATION :

NOM DE L'ASSURÉ :

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ (JOUR/MOIS/ANNÉE) : / /

LIEN AVEC L'ASSURÉ :

**Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont nécessaires; ils nous permettent de vous prodiguer les meilleurs soins dentaires possible. Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels et sont protégés par le secret professionnel. Le dentiste examinera vos réponses et éclaircira toute question que vous pourriez avoir du mal à comprendre. Veuillez remplir la totalité du formulaire.**

1. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin pour un problème de santé ou l'avez-vous été au cours de la dernière année? Si oui, veuillez préciser.  Oui  Non  Peut-être/incertain

2. À quand remonte votre dernier examen médical? \_\_\_\_\_

3. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé au cours de la dernière année? Si oui, veuillez préciser.  
 Oui  Non  Peut-être/incertain

4. Prenez-vous des médicaments sur ordonnance, des médicaments en vente libre ou des produits de santé naturels de quelque nature que ce soit? Si oui, veuillez les énumérer.  
 Oui  Non  Peut-être/incertain

5. Avez-vous des allergies? Si oui, veuillez les énumérer dans les catégories applicables ci-dessous :  Oui  Non  Peut-être/incertain

a) médicaments \_\_\_\_\_

b) produits contenant du latex/caoutchouc \_\_\_\_\_

c) autres (p. ex. rhume des foins, allergies saisonnières/environnementales, aliments) \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà eu des réactions particulières ou ressenti des effets indésirables après la prise ou l'injection de médicaments? Si oui, veuillez préciser.  Oui  Non  Peut-être/incertain

7. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'asthme?  Oui  Non  Peut-être/incertain
8. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ou de tension artérielle?  Oui  Non  Peut-être/incertain
9. Avez-vous des problèmes de santé ou suivez-vous des traitements susceptibles d'avoir un effet sur votre système immunitaire (p. ex. leucémie, SIDA, VIH, radiothérapie, chimiothérapie)?  Oui  Non  Peut-être/incertain
10. Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle?  Oui  Non  Peut-être/incertain
11. Avez-vous des problèmes de santé ou suivez-vous des traitements susceptibles d'avoir un effet sur votre système immunitaire (p. ex. leucémie, SIDA, VIH, radiothérapie, chimiothérapie)?  Oui  Non  Peut-être/incertain
12. Avez-vous déjà eu l'hépatite, fait une jaunisse ou souffert d'une maladie du foie?  Oui  Non  Peut-être/incertain
13. Avez-vous un problème de saignement ou un trouble de la coagulation?  Oui  Non  Peut-être/incertain
14. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie ou une opération? Si oui, veuillez préciser  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

15. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un ou plusieurs des troubles, traitements ou problèmes suivants? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> douleur thoracique,<br>angine de poitrine | <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> traitement aux stéroïdes                                    | <input type="checkbox"/> crise d'épilepsie  |
| <input type="checkbox"/> crise cardiaque                           | <input type="checkbox"/> prolapsus mitral    | <input type="checkbox"/> maladie pulmonaire    | <input type="checkbox"/> diabète   | <input type="checkbox"/> maladie rénale   |
| <input type="checkbox"/> AVC, AIT                                  | <input type="checkbox"/> tuberculose         | <input type="checkbox"/> ulcères gastriques    | <input type="checkbox"/> troubles thyroïdiens  | <input type="checkbox"/> essoufflement  |
| <input type="checkbox"/> souffle cardiaque                         | <input type="checkbox"/> Cancer              | <input type="checkbox"/> arthrite              | <input type="checkbox"/> consommation de<br>drogues/alcool/cannabis ou<br>dépendance | <input type="checkbox"/> médicaments contre<br>l'ostéoporose<br>(p. ex. Fosamax, Actonel) |

16. Avez-vous déjà souffert de troubles ou de maladies autres que ceux énumérés ci-dessus? Si oui, veuillez préciser.  
 Oui  Non  Peut-être/incertain

---

17. Y a-t-il des maladies ou des problèmes de santé dans votre famille (p. ex. diabète, cancer ou maladies cardiaques)?  
 Oui  Non  Peut-être/incertain

18. Fumez-vous ou consommez-vous des produits du tabac?  Oui  Non  Peut-être/incertain

19. Craignez-vous les traitements dentaires?  Oui  Non  Peut-être/incertain

20. Allaites-vous ou êtes-vous enceinte? Si vous êtes enceinte, quelle est la date prévue de votre accouchement?  
 Oui  Non  Peut-être/incertain

---

21. Vous identifiez-vous comme une personne ayant une incapacité? Si oui, veuillez préciser.  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

**À ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts :**

Signature du patient/parent/tuteur :

Date :

Signature du dentiste :

Date :

NOTES DU DENTISTE:

## Questionnaire sur les antécédents dentaires

Nom : M./MME/MLLE/DR

---

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont nécessaires; ils nous permettent de vous prodiguer les meilleurs soins dentaires possible. Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels et sont protégés par le secret professionnel. Le dentiste examinera vos réponses et éclaircira toute question que vous pourriez avoir du mal à comprendre. Veuillez remplir la totalité du formulaire.

1. Quelle est la raison de votre visite aujourd'hui? Avez-vous des problèmes dentaires en ce moment?

---

2. Êtes-vous suivi par un dentiste de façon régulière? Dans la négative, pourquoi?  Oui  Non

---

3. Craignez-vous les visites chez le dentiste?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

4. Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience ou des complications lors d'un traitement dentaire?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

5. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste? Quels soins avez-vous reçus lors de ce rendez-vous?

---

6. À quand remonte votre dernière radiographie dentaire?

---

7. Avez-vous déjà consulté un spécialiste dentaire?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

8. À quelle fréquence vous brossez-vous les dents? À quelle fréquence utilisez-vous la soie dentaire? Vos gencives saignent-elles lorsque vous brossez les dents ou utilisez la soie dentaire?

---

9. Vous a-t-on déjà recommandé de prendre des antibiotiques avant un rendez-vous chez le dentiste?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

10. Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

11. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

12. Souffrez-vous de problèmes à la mâchoire (craquement, mouvement limité, douleur)?  Oui  Non  Peut-être/incertain

---

13. Avez-vous déjà subi une blessure aux dents ou à la mâchoire ou été victime d'un accident de la route?  
 Oui  Non  Peut-être/incertain

---

À ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts :

Signature du patient/parent/tuteur :

Date :

---

Signature du dentiste :

Date :

---

NOTES DU DENTISTE: