

Questionnaire d'inscription confidentiel

Sexe : M F Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse :N° : _____ Rue: _____ App: _____ Ville: _____ Prov. _____
 Code Postal : _____ Tél.dom: (_____) Cell : (_____) Trav : (_____)
 Date de naissance : Année : _____ Mois : _____ Jour : _____ Courriel : _____
 Poids : _____ Taille : _____ Avez-vous une assurance dentaire : _____ référé par : _____
 Nom de votre Médecin : _____ Tél : (_____) Dernière visite : _____

Antécédent Médicaux

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Prenez-vous présentement des médicaments ? Si oui, lesquels : _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Problèmes oculaires (yeux)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous un médicament pour diminuer l'ostéoporose comme ACTONEL ou FOSAMAX ? si oui, depuis combien de temps : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Arthrite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prenez-vous l'Aspirine ou anticoagulants sur une base régulière ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Épilepsie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prenez-vous des anovulants (pilule anticonceptionnelle)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Troubles nerveux..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Êtes-vous enceinte ?..... Allaitez-vous ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Maladies psychiatriques..... Spécifiez: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de : | | | 26. Maux de tête fréquents..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Troubles cardiaques :..... Si oui: infarctus, angine, souffle, arythmie, valve, pace maker Depuis : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Étourdissement, évanouissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fièvre rhumatismale..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Maux d'oreilles..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Problèmes sanguins :..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Rhume des foins..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.1 Hémophilie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Asthme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2 Saignements prolongés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Fumez-vous ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 Sang clair..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 Anémie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Êtes-vous atteint du sida ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 Autres : spécifiez..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Êtes-vous séropositif ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tension artérielle (pression) : haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rhumes fréquents ou sinusite..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Avez-vous déjà eu une réaction allergique | | |
| 11. Tuberculose ou problème pulmonaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Troubles digestifs :..... Spécifiez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aliments <input type="checkbox"/> Codéine <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ulcère de l'estomac..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lode <input type="checkbox"/> Anesthésie locale <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Problèmes du foie (hépatite: virus A,B,C cirrhose,etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirine <input type="checkbox"/> Sulfamides <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Troubles du rein..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Infections transmissibles sexuellement (ITS)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spécifiez : _____ | | |
| 18. Diabète: type 1 <input type="checkbox"/> type 2 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Cholestérol..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Troubles thyroïdiens..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, votre taux de cholestérol est: _____ | | |
| 20. Maladies de la peau..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Apnée du sommeil..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 39. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Si oui, Lesquelles et quand : _____ date: _____ | | |
| | | | 40. souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Est-ce que toute(s) condition(s) que vous avez identifiée(s) est(sont) bien contrôlée(s)? Oui non Si non quelle(s), Expliquer: _____

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au meilleur de ma connaissance. Je m'engage à vous aviser de changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier et son suivi. Mon dossier pourra être consulté par les dentistes de la Société d'Implantologie Dentaire ainsi que leur personnel. Je peux consulter mon dossier et y J'autorise le dentiste à communiquer avec mes médecins et mon pharmacien afin de mieux évaluer mon état de santé.

Signature : _____ Date : _____ Vérification : _____

Lettre systématique nécessaire oui non Usage interne: ASA I , II, III

Histoire Dentaire

1. À quelle fréquence visitez-vous votre dentiste ou denturologue? 6mois Annuellement autre
dernière visite _____ dernier nettoyage _____ dernière radiographie _____ dernière prothèse _____
2. Avez-vous déjà eu chirurgie buccale, traitements parodontaux, orthodontie, ajustement d'occlusion, greffe osseuse, greffe de peau ou de gencive, extractions dentaires ? Si oui, précisez: _____
- | | oui | non | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 3. Vous a-t-on déjà proposé de remplacer vos dents manquantes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Avez-vous déjà eu des implants dentaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Mastiquez-vous seulement sur un côté ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, pourquoi? _____ |
| 6. Habitudes: Est-ce que vous: | | | |
| grincez ou serrez vos des dents le jour ou la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| respirez par la bouche le jour ou la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| mordez vos lèvres ou vos joues régulièrement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| tenez des objets avec vos dents ex: pipe, crayon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Avez-vous de la douleur dans la bouche quand vous serrez vos dents ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Est-ce que votre mâchoire craque ou saute quand elle est grande ouverte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Avez-vous de la difficulté à fermer ou ouvrir votre mâchoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Avez-vous de la douleur aux oreilles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Avez-vous des haut-le-cœur facilement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Avez-vous des régions douloureuses dans la bouche ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, à quel endroit: _____ |
| 13. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si non, précisez: _____ |
| 14. Vous a-t-on donné des instructions d'hygiène ? le brossage <input type="checkbox"/> la soie dentaire <input type="checkbox"/> entretien des prothèses <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Vos gencives saignent-elles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, en brossant <input type="checkbox"/> en utilisant la soie dentaire <input type="checkbox"/> spontanément <input type="checkbox"/> |
| 16. Souffrez-vous de douleur et/ou inflammation de vos gencives ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Votre Hygiène dentaire est : excellente <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/> | | | |
| 18. Votre brossage est : vigoureux <input type="checkbox"/> léger <input type="checkbox"/> fréquence _____ instruments de nettoyage présentement utilisés? _____ | | | |
| 19. Êtes-vous anxieux face à cette visite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, précisez: _____ |
| 20. Est-ce que votre consommation de sucre est : haute <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> | | | |
| 21. Est-ce que vos dents sont sensibles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | si oui, froid <input type="checkbox"/> sucreries <input type="checkbox"/> chaleur <input type="checkbox"/> autres _____ |
| 22. Avez-vous des dents mobiles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23. Vous arrive-t-il que les aliments restent coincés entre vos dents ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24. Est-ce que vous portez une prothèse dentaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, prothèse dentaire du haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | depuis combien de temps: _____ et l'âge de celle-ci _____ |
| prothèse dentaire du bas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | depuis combien de temps: _____ et l'âge de celle-ci _____ |

Raison de la consultation: _____

Signature: _____ date: _____ révisé par: _____ date: _____