



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Bonjour, nous vous souhaitons la bienvenue au *Centre dentaire et d'implantologie Audet*. Dans le but de bien évaluer votre santé dentaire, il est important de bien compléter ce questionnaire

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- NOM : _____ PRÉNOM : _____
- ADRESSE : _____
- TÉL RÉS : _____ TÉL CELL : _____ TÉL TRAVAIL : _____
- SEXE : M ☐ F ☐ DATE DE NAISSANCE : _____
- OCCUPATION : _____
- NOM DU CONJOINT (à contacter en cas d'urgence) : _____ TÉLÉPHONE : _____
- ADRESSE COURRIEL : _____
- AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE DENTAIRE? OUI ☐ NON ☐
- QUI VOUS A RÉFÉRÉ À NOTRE CLINIQUE? _____

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

- À QUAND REMONTE VOTRE DERNIÈRE VISITE CHEZ VOTRE MÉDECIN? _____
- ÊTES-VOUS SOUS LES SOINS D'UN MÉDECIN? _____ SI OUI POURQUOI? _____
- PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS PRESCRITS? _____
- SI OUI, LESQUELS _____
- PRENEZ-VOUS DES SUPPLÉMENTS NATURELS? _____
- ÊTES-VOUS FUMEUR? OUI ☐ NON ☐
- **SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIE(S)?**
 - PÉNICILLINE ☐ CODÉINE ☐ ANESTHÉSIE LOCALE ☐ ASPIRINE ☐ IODE ☐
 - AUTRES _____

➤ **SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT DE :**

	OUI	NON		OUI	NON
TROUBLES CARDIAQUES	☐	☐	TROUBLES PULMONAIRES	☐	☐
HAUTE PRESSION	☐	☐	TROUBLES NERVEUX	☐	☐
BASSE PRESSION	☐	☐	TROUBLES DU FOIE (HÉPATITE)	☐	☐
TROUBLES DIGESTIFS	☐	☐	ANÉMIE	☐	☐
TROUBLES THYROIDIENS	☐	☐	SAIGNEMENTS ANORMAUX	☐	☐
DIABÈTE	☐	☐	SINUSITES	☐	☐
RADIOTHÉRAPIE	☐	☐	SURDITÉ	☐	☐
RHUMES FRÉQUENTS	☐	☐	SIDA	☐	☐
ÉVANOUISSEMENTS	☐	☐	ARTHRITE	☐	☐

☺ LES QUESTIONS AU VERSO SERONT REMPLIES AVEC VOTRE HYGIÉNISTE,

MERCI DE RAPPORTER VOTRE QUESTIONNAIRE À LA RÉCEPTION ☺

HISTOIRE DENTAIRE

1. Qu'est-ce qui vous amène à notre clinique? _____
2. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste? _____
3. Quel type de traitement avez-vous alors reçu? _____
4. Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires? _____
5. Vos dents sont-elles sensibles? Au froid ☐ au chaud ☐ au sucre ☐ acidité ☐ à la mastication ☐ autre _____
6. Vous privez-vous de mastiquer des aliments durs? _____
7. Est-ce que votre mâchoire craque, fait du bruit ou a déjà bloqué? _____
8. Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie? _____
9. Est-ce que votre haleine vous gêne? _____
10. Est-ce qu'il vous arrive de grincer ou serrer des dents? _____
11. Est-ce qu'il y a des aliments qui restent coincés entre vos dents? _____
12. Vos gencives saignent-elles même légèrement? Oui ☐ Non ☐ Soie ☐ Brossage ☐ depuis quand _____
13. Avez-vous mal à la tête le matin? _____
14. Vous réveillez-vous la nuit? _____
15. Ronflez-vous ou êtes-vous dérangé par vos ronflements? _____
16. Manquez-vous d'énergie? _____
17. Manquez-vous de concentration? _____
18. Faites-vous de la somnolence de jour? _____
19. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? _____
20. Êtes-vous satisfait de la position de vos dents? _____
21. Êtes-vous satisfait de la couleur de vos dents? _____
22. À quand remonte la confection de vos dernières prothèses dentaires? _____
23. Est-ce que c'est important pour vous de conserver vos dents? _____
24. Sur une échelle de 1 à 10, dont 10 serait la santé optimale, à combien évaluez-vous votre santé dentaire? _____
25. Comment pourrions-nous vous aider à augmenter cette note? _____
26. Est-ce qu'il y a des aspects que vous aimiez moins chez votre ancien dentiste? _____
27. Avez-vous d'autres problèmes de santé, autres que ceux ci-haut, que vous aimeriez nous mentionner? _____

- Je soussigné, déclare avoir lu, compris et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-haut au meilleur de ma connaissance. Je m'engage à vous aviser de tout changement de mon état de santé

DATE _____ Signature du patient _____

- **AVIS LOI 68** J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel, du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé(e) 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.

DATE _____ Signature du patient _____

RÉVISION DU QUESTIONNAIRE

DATE _____ Signature du patient _____

DATE _____ Signature du patient _____

DATE _____ Signature du patient _____

DATE _____ Signature du patient _____

DATE _____ Signature du patient _____

DATE _____ Signature du patient _____