SANTÉ DENTAIRE
Line Paradis

450 704-1200
info@santedentairelp.ca
santedentairelp.ca
182, boul. Iberville, Repentigny (Québec) J6A 1Y8

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Remplissez ce formulaire et apportez-le avec avec vous lors de votre première visite.

☐ Féminin ☐ Masculin

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. (maison) : (_____) _____ Tél. (travail) : (_____) _____

Cellulaire: (_____) _____ Courriel: _____

Date de Naissance : _____ / _____ / _____ (Jour / Mois / Année) No. Ass. Maladie : _____ Date exp. : _____ / _____ (Mois / Année)

Avez-vous une assurance dentaire : ☐ Oui ☐ Non Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de certificat : _____ Numéro de police : _____

Nom du détenteur de l'assurance : _____ Lien avec cette personne : _____

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide sociale : ☐ Oui ☐ Non

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Tél. : (_____) _____ Lien : _____

Qui vous a recommandé notre clinique (Ex. : ami, parent, publicité, etc.) : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Prenez-vous des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels :

_____

_____

Êtes-vous suivi par un médecin ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ?:

_____

_____

Recevez-vous des médicaments en injection ? ☐ Oui ☐ Non

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT DE : ☐ Oui ☐ Non

Problèmes cardiaques ? ☐ Oui ☐ Non

Angine ? ☐ Oui ☐ Non

Anémie ou autre problème sanguins ? ☐ Oui ☐ Non

Problème de pression ? Haute Basse ☐ Oui ☐ Non

Fièvre rhumatismale ? ☐ Oui ☐ Non

Asthme, tuberculose ? ☐ Oui ☐ Non

Autres problèmes pulmonaires ? ☐ Oui ☐ Non

Hépatite ou autres problèmes de foie ? ☐ Oui ☐ Non

Problèmes rénaux ? ☐ Oui ☐ Non

Problèmes thyroïdiens ou autres glandes ? ☐ Oui ☐ Non

Diabète ? ☐ Oui ☐ Non

Maux de tête fréquents ou sinusite ? ☐ Oui ☐ Non

Étourdissements, évanouissements, épilepsie ou trouble nerveux ? ☐ Oui ☐ Non

Sida ou maladies transmises sexuellement ? ☐ Oui ☐ Non

Traitements de radiothérapie ou chimiothérapie ? ☐ Oui ☐ Non

Allergies : (pénicilline, latex, aspirine ou autres) ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous enceinte ? ☐ Oui ☐ Non

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

Si oui lesquels : _____

_____

Souffrez-vous d'autres problèmes médicaux que ceux énumérés ci-dessus ?

Si oui lesquels : _____

_____

VOIR LA SUITE

SANTÉ DENTAIRE
Line Paradis

HISTOIRE DENTAIRE

Dernière visite chez un dentiste ☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ 12 mois et plus

Traitements reçus : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ RECUS DES SOINS DENTAIRE TELS QUE :

Démonstration d'hygiène buccale ?	☐ Oui	☐ Non	Obturations dentaires (plombages) ?	☐ Oui	☐ Non
Traitements de Parodontie ?	☐ Oui	☐ Non	Ponts ou Couronnes ?	☐ Oui	☐ Non
(gencives, saignements, dents branlantes) ?	☐ Oui	☐ Non	Prothèses complète ou partielles ?	☐ Oui	☐ Non
Traitements d'Orthodontie (broches) ?	☐ Oui	☐ Non	Traitements Chirurgicaux ou Extractions ?	☐ Oui	☐ Non
Traitement d'Endodontie (Traitement de canal) ?	☐ Oui	☐ Non			

STRUCTURE DENTAIRE

1. Avez-vous eu une carie dans les 3 dernières années ?	☐ Oui	☐ Non
2. Avez-vous la bouche sèche ? De la difficulté à avaler ? Moins de salive ?	☐ Oui	☐ Non
3. Vos dents sont-elles sensibles au chaud/froid/sucré ou à la pression ?	☐ Oui	☐ Non
4. Avez-vous déjà eu un mal de dent/un plombage cassé/une dent cassée ou fissurée ?	☐ Oui	☐ Non
5. Évitez-vous de brosser certaines parties de votre bouche ?	☐ Oui	☐ Non
6. Avez-vous des aliments qui restent pris entre vos dents ?	☐ Oui	☐ Non

OCCLUSION/FONCTION

1. Avez-vous des problèmes d'articulation de la mâchoire ?	☐ Oui	☐ Non
Sur une échelle de 1(aucun) à 10 (beaucoup) (_____)		
2. Avez-vous/Auriez-vous des problèmes à mâcher de la gomme ?	☐ Oui	☐ Non
3. Avez-vous de la difficulté à mastiquer des aliments plus ferme ? (Bagel, pizza, barre de protéines etc.)	☐ Oui	☐ Non
4. Depuis environ 5 ans, est-ce que vos dents ont changé ? (plus courtes/minces/usées)	☐ Oui	☐ Non
5. Est-ce que vos dents deviennent trop serrées, plus écartées ?	☐ Oui	☐ Non
6. Pour que vos dents s'ajustent ensemble, avez-vous plus d'une occlusion, d'un serrage ?	☐ Oui	☐ Non
7. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles, utilisez vos dents pour tenir des objets ?	☐ Oui	☐ Non
8. Votre conjoint vous a-t-il déjà mentionné que vous faisiez du bruit avec vos dents la nuit ?	☐ Oui	☐ Non
9. Serrez-vous les dents le jour ?	☐ Oui	☐ Non
10. Avez-vous des problèmes avec vos mâchoires ? (douleur, bruits, blocage, ouverture limitée)	☐ Oui	☐ Non
11. Avez-vous régulièrement des maux de tête ou des dents sensibles ?	☐ Oui	☐ Non
12. Portez-vous/avez-vous déjà porté un appareil de correction pour les mâchoires/occlusion ?	☐ Oui	☐ Non

VOIR LA SUITE 2

SANTÉ DENTAIRE
Line Paradis

PARODONTIE

1. Avez-vous déjà été traité par un parodontiste ou eu un diagnostic de parodontite ? ☐ Oui ☐ Non
2. Avez-vous des dents déchaussées ?
3. Un membre de votre famille a-t-il une histoire de maladie de gencive ? (père, mère, soeur etc.) ☐ Oui ☐ Non
4. Est-ce que vos gencives saignent quand vous brossez/passez la soie ou mangez ? ☐ Oui ☐ Non
5. Est-ce que vos dents deviennent mobiles ? ☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous remarqué un goût/odeur désagréable dans votre bouche ? ☐ Oui ☐ Non

ÉVALUATION DU SOURIRE

1. Aimeriez-vous changer quelque chose dans votre sourire ? ☐ Oui ☐ Non
2. Avez-vous déjà fait du blanchiment ? ☐ Oui ☐ Non
3. Avez-vous déjà été déçu de l'apparence d'un traitement dentaire dans le passé ? ☐ Oui ☐ Non
4. Vous êtes-vous déjà senti gêné de l'apparence de vos dents ? ☐ Oui ☐ Non
5. Considérez-vous votre sourire important pour votre qualité de vie ? ☐ Oui ☐ Non

Remarques : (à l'usage du dentiste)

_____

_____

_____

_____

_____

Je soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance et je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement sur mon état de santé.

J'autorise la consultation de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du(des) dentiste(s) traitant(s).

Je suis informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le(s) dentiste(s) et son(leur) personnel auxiliaire y auront seul(s) accès.

Je suis informé de mon droit de consulter mon dossier en faisant parvenir une demande écrite au dentiste traitant au moins quarante-huit (48) heures à l'avance.

Je suis également informé de mon droit de demander une rectification à mon dossier et de me retirer de la liste de rappel.

Signature patient _____ Date : _____ /_____ /_____
Jour Mois Année

Signature dentiste _____ Date : _____ /_____ /_____
Jour Mois Année

LE PRÉSENT CONSENTEMENT EST EN VIGUEUR JUSQU'À SON ANNULATION.

P.S. : Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.