

Questionnaire d'inscription confidentiel

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

Vos informations personnelles

Nom _____ Homme Femme
 Prénom _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Code postal _____
 Tél. maison _____

Tél. travail _____
 Cellulaire _____
 Courriel _____
 Date de naissance _____ Jour / Mois / Année
 No. Ass. Maladie _____
 Date expiration _____ Mois / Année

Assurance & Contact en cas d'urgence

Avez-vous une assurance dentaire Oui Non
 Nom de la compagnie d'assurance _____
 Nom du détenteur de l'assurance _____
 Lien avec cette personne _____
 Êtes-vous bénéficiaire de l'aide sociale _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____
 Tél. du contact _____
 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 par injection? Oui Non

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de:

Problèmes cardiaques? Oui Non
 Angine? Oui Non
 Anémie ou autres problèmes sanguins? Oui Non
 Problèmes de pression? Haute/Basse. Oui Non
 Fièvre rhumatismale? Oui Non
 Asthme, tuberculose? Oui Non
 Autres problèmes pulmonaires? Oui Non
 Arthrose? Oui Non
 Ostéoporose? 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 troubles 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
 Êtes-vous fumeur? Oui Non
 Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Oui Non
 Si oui, lesquels? _____
 Souffrez-vous de problèmes médicaux autres que ceux énumérés ci-dessus?
 Si oui, lesquels? _____ Oui Non

Histoire dentaire

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

Traitements reçus _____

Avez-vous déjà reçus des soins dentaires tels que:

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Démonstration d'hygiène buccale? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Obturations dentaires (Plombages)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Traitements de parodontie?
(Gencives, saignements, dents branlantes)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Ponts ou Couronnes? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Traitement d'orthodontie (Broche ou Invisalign)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Prothèses complètes ou partielles? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Traitement d'endodontie (Traitement de canal)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Traitements chirurgicaux ou extractions? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Structure dentaire

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

Occlusion/Fonction

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

Parodontie

1. Avez-vous déjà été traité par un parodontiste ou eu un diagnostic de parodontite? Oui Non
2. Avez-vous des dents déchaussées? Oui Non
3. Un membre de votre famille a-t-il une histoire de maladie de gencive? (Père, mère, sœur, etc.) Oui Non
4. Est-ce que vos gencives saignent quand vous brossez vos dents, passez la soie ou lorsque vous 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. Aimerez-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 par 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 de suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du(des) dentiste(s) traitant(s).

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 du patient _____ Date _____ Jour / Mois / Année

Signature du dentiste _____ Date _____ Jour / Mois / Année

Le présent consentement est en vigueur jusqu'à son annulation.

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