

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Courriel : _____

Carte RAMQ : _____

exp : _____

En cas d'urgence contacter :

Téléphone :

Oui Non
Êtes-vous sous les soins de médecin?
Prenez-vous des médicaments?

*** inscrire liste au verso**

Avez-vous souffert / souffrez-vous de

Trouble cardiaques (infarctus, angine, souffle)
Fièvre rhumatismale
Problèmes sanguins
Tension artérielle, pression basse _ haute _
Rhumes fréquents ou sinusite
Tuberculose, problème pulmonaire
Troubles digestifs : spécifiez : _____
Ulcère de l'estomac
Troubles du rein
Urinez-vous souvent
Infections transmissibles sexuellement (ITS)
Diabète
Problème de foie, Hépatite : _____
Troubles thyroïdiens
Maladie de la peau _____
Problèmes oculaires (glaucome, cataracte)
Arthrite
Ostéoporose
Maux de tête fréquents
Étourdissement, évanouissement
Épilepsie
Troubles nerveux
Maladies psychiatriques
Asthme

Allergies :

Pénicilline Codéine
Antibiotiques Anesthésie
Iode Aspirine
Latex Sulfamides
Autres : _____

Êtes-vous enceinte?
Allaitiez-vous ?

Oui Non
Êtes-vous séropositif?
Êtes-vous atteint du sida?
Consommez-vous des drogues?
Fumez-vous?

Interventions chirurgicales
Lesquels : _____ (**date**)
_____ (:)
_____ (:)
_____ (:)

Avez-vous déjà subi des traitements de
radiothérapie et/ou chimiothérapie?
Ronflez-vous?
Maux d'oreille?

Craignez-vous les traitements dentaires?

SANTÉ BUCCODENTAIRE

Dernière visite chez le dentiste :

0 – 6 mois ___ 6 – 12 mois ___ 12 + mois ___

Visite chez un spécialiste
Démonstration technique d'hygiène
Radiographies
Traitement de gencive, parodontie
Obturations
Traitement de canal
Traitement de chirurgie
Extraction de dents
Couronne / Pont
Prothèse complète / partielle
Traitement d'orthodontie
Implant
Autres : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Raison de la visite :

Liste des médicaments :

Référence patient :

Mode de paiement : Assurance RAMQ \$ Visa, Interac, Mastercard

Je soussigné, déclare avoir lu et compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical au meilleur de mes connaissances. **Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé.**

J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que le suivi sur la liste de rappel. Confidentialité, seulement les dentistes et le personnel auront accès. Vous avez le droit en tout temps de consulter votre dossier et d'y demander une rectification ou de vous retirer de la liste de rappel.

Signature du patient ou du responsable :

Date :

RÉSERVÉ AU DENTISTE

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature dentiste traitant :

Date :

Notes :
