



**QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE CONFIDENTIEL**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
Adresse : \_\_\_\_\_ App. # : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Tél. Dom. : \_\_\_\_\_ Tel. Trav. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (A/M/J) : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
**Qui devons-nous remercier de vous avoir référé à notre clinique?** \_\_\_\_\_  
**Nom de votre dentiste :** \_\_\_\_\_  
**Raison de la visite :** \_\_\_\_\_

**HISTOIRE DENTAIRE**

1. Dernière visite chez votre dentiste :  0-6 mois  6-12 mois  + de 12 mois  
2. Traitement(s) reçu(s) lors de cette visite : \_\_\_\_\_

**HISTOIRE MÉDICALE**

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin (médecin de famille, cardiologue, etc.)? Oui Non  
Si oui, veuillez SVP nous fournir l'information suivante :  
Nom du médecin: \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_
2. Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? Oui Non  
Si oui, veuillez SVP indiquer le nom et dose de ces médicaments si vous les connaissez : \_\_\_\_\_
3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement? Oui Non  
4. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? Oui Non  
5. Si vous êtes une femme, prenez-vous des anovulants (pilules contraceptives)? Oui Non

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

6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle, etc.) Oui Non  
7. Fièvre rhumatismale Oui Non  
8. Trouble sanguin (saignements prolongés, hémophilie) Oui Non  
9. Anémie Oui Non  
10. Tension artérielle (pression) :  Haute  Basse  Normale  
11. Rhumes fréquents ou sinusites Oui Non  
12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires Oui Non  
13. Troubles digestifs Oui Non  
14. Ulcères d'estomac Oui Non  
15. Problème au foie (hépatite : virus A,B,C, cirrhose, etc.) Oui Non  
16. Troubles du rein Oui Non  
17. Infection transmises sexuellement (ITS) Oui Non  
18. Diabète Oui Non  
19. Troubles thyroïdiens Oui Non  
20. Maladies de la peau Oui Non  
21. Problèmes oculaires (yeux) Oui Non  
22. Arthrite Oui Non  
23. Épilepsie Oui Non  
24. Troubles nerveux Oui Non  
25. Maux de tête fréquents Oui Non

26. Étourdissements ou évanouissements Oui Non
27. Maux d'oreilles Oui Non
28. Rhume des foins (allergie saisonnière) Oui Non
29. Asthme Oui Non
30. Fumez-vous?  Oui  Non Si oui, combien de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_ Depuis combien d'années? \_\_\_\_\_
31. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie pour un cancer? Oui Non  
Si oui, de quel type de cancer s'agit-il? \_\_\_\_\_.
32. Êtes-vous atteint du sida? Oui Non
33. Êtes-vous séropositif (HIV +)? Oui Non
34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)? Oui Non
35. Est-il conseillé par votre médecin de prendre des antibiotiques avant une visite chez le dentiste? Oui Non
36. Êtes-vous allergique ou avez-vous déjà eu une réaction adverse aux produits suivants ?
- |                   |                       |                         |                       |                              |
|-------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Latex             | <input type="radio"/> | Aliments                | <input type="radio"/> | Autres <input type="radio"/> |
| Pénicilline       | <input type="radio"/> | Iode                    | <input type="radio"/> | Spécifiez : _____            |
| Aspirine          | <input type="radio"/> | Sulfamides              | <input type="radio"/> | _____.                       |
| Codéine           | <input type="radio"/> | Nickel                  | <input type="radio"/> |                              |
| Anesthésie locale | <input type="radio"/> | Cuivre ou autres métaux | <input type="radio"/> |                              |
37. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? Oui Non  
Si oui, quand et expliquez : \_\_\_\_\_.
38. SVP, veuillez nous informer de tout autre problème médical non mentionné ci-haut.  
\_\_\_\_\_.

### QUESTIONNAIRE ORTHODONTIQUE

1. Avez-vous déjà eu un traumatisme dentaire, facial ou crânien?  Oui  Non  
Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_.
2. Grincez-vous des dents la nuit?  Oui  Non
3. Avez-vous des douleurs, craquements ou autres symptômes aux articulations de la mâchoire?  Oui  Non  
Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_.
4. Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie?  Oui  Non  
Si oui, quand et quel type de traitement : \_\_\_\_\_.
5. Avez-vous déjà sucé votre pouce/doigt?  Oui  Oui et a encore l'habitude  Non
6. Avez-vous des troubles de la parole ou de la langue?  Oui  Non  
Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_.
7. Respirez-vous par...  La bouche  Le nez  Les deux
8. Rongez-vous vos ongles?  Oui  Non

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu à ce questionnaire médico-dentaire au meilleur de mes connaissances. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise l'ouverture de mon dossier dentaire ainsi que son suivi.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient(e)

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Frédéric Lavoie, DMD, MSc, FRCD(C)  
Orthodontiste