

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE CONFIDENTIEL**

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : F M
 Adresse : _____ App. # : _____ Ville : _____
 Code postal : _____ Tél. Dom. : _____ 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 : _____

INFORMATION PARENT(S)

Prénom de la mère : _____ Nom de la mère : _____

Cellulaire : _____ Tel. Trav. : _____ Poste : _____ Courriel : _____

Prénom du père : _____ Nom du père : _____

Cellulaire : _____ Tel. Trav. : _____ Poste : _____ Courriel : _____

Avez-vous d'autres enfants ? Oui Non Si oui, quel âge ont-ils ? _____

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) ou du parent (si moins de 18 ans)

Date

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