QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Date :	Nom :		Prénd	om :			
Date de naissance: Année: _	Mois: Jour:	Se>	xe: M	F			
Adresse :		App. :_	Ville :_				
Code postal :		Tél. Trav.: (_)	poste: _			
Cellulaire : ()	Courriel :						
Occupation : Employeur :							
Assurances dentaires : Oui	Non		No ass. So	ociale (facultatif)			
No ass. Maladie :	tion :						
Référé(e) par : Pages Jau	nes Internet Patient	Nom :					
Médical			A	Nutre :			
	ANTÉCÉD	ENTS MÉ	DICAUX				
		0 : N				.	
1.Êtes-vous actuellement sous le	es soins d'un médecin?	Oui Non	28. Fumez-vou	ıs?		Oui	Non
Si oui : nom Poste				déjà subi des tr			
					othérapie (tumeur)?		
2. Prenez-vous (présentement)							
•	iers mois?			•			
Spécifiez :				des prothèses a			
	·						
3. Avez-vous eu une perte ou gain de poids marqué					er »?		
dernièrement?							
4. Étes-vous enceinte?		•	•				
5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :				-	matin?		
	z-vous de :				en lisant?		
6.Troubles cardiaques				-	durant la journée?		
(infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)				-	en regardant la télé?		
					en conduisant? é pour l'apnée du		
8. Saignements prolongés					e pour rapriee du		
10. Tension artérielle (pression)					ıé dans un accident		
11. Rhumes fréquents ou sinusites					ident)?		
12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires				•	ction allergique ou		
13. Troubles digestifs				produits suivants			
14. Ulcère de l'estomac				Oui			Oui
15. Problèmes du foie (hépatite	: virus A, B, C, cirrhose)		Aliments		lode		
16. Troubles du rein (maladie ré			Aspirine		Sulfamides		
17. Maladies transmises sexuellement			Pénicilline		Codéine		
18. Diabète			Autres antibioti	iques	Anesthésie locale		
19. Troubles thyroïdiens			Spécifiez		Autres		
20. Problèmes oculaires (yeux)					alisé ou subi des	Oui	Non
21. Maladie de la peau					res que dentaires?		
22. Arthrite			Si oui lesquelle	es:			
23. Épilepsie							
24. Troubles nerveux							
25. Étourdissements, évanouiss							
26. Rhume des foins							
27. Asthme							

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernière visite : 0-6 mois	6-12 mois	+ de 12 i	mois				
Traitements reçus :							
Avez-vous déjà eu des traiteme 1. Démonstration d'hygiène bucca 2. Traitement des gencives 3. Traitement d'orthodontie 4. Traitement de canal 5. Obturations (plombages) 6. Couronne(s) et/ou ponts	ale		Oui	Non	7. Prothèses complètes et/ou partielles	Oui	Non
Cocher les symptômes que vou 1. Maux de tête (fréquents)	ation			Non	16. Dents absentes	Oui	Non
Avez-vous des elements ou que	estions particule	eres a disc	uter?				
RÉSERVER A Je reconnais avoir pris connaissa questionnaire d'inscription et d'av cas échéant. Signature:	nce des réponses oir pris les mesur	au	, le	répo conr char doss rapp doss et le infor	soussigné, déclare avoir lu , compris, m'être renseigrendu au questionnaire médicodentaire au meilleur de naissance. Je m'engage par la présente à vous aviseingement de mon état de santé. J'autorise la constitut sier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur sel du (des) dentistes traitant(s). On m'a informé que sier sera conservé au cabinet en tout temps et que le eur personnel auxiliaires y auront seuls accès. On m'emé de mon droit de consulter mon dossier, d'y dema	ma or de to ion de la liste mon os dent a auss	out mon de de tistes
Dentiste traitant					fication et de me retirer de la liste de rappel.		
			Sign	ature :date	date		

Patient ou responsable