

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CONFIDENTIEL

## INFORMATION PERSONNELLE

M. Mme Mlle Dr.

DATE: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom

Initiale

Nom

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance: Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_ Sexe : M F

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone Dom. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tél. Trav.: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ poste: \_\_\_\_\_

Cellulaire : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Assurances dentaires : Oui Non \_\_\_\_\_ No ass. Sociale (facultatif) \_\_\_\_\_

No ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Dentiste traitant : \_\_\_\_\_ Adresse/ Tél. : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_ Adresse/Tél. : \_\_\_\_\_

Spécialiste : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Référé(e) par : \_\_\_\_\_ DMD MD ORL DC AUTRE

Raisons du rendez-vous : Douleur Apnée /sommeil Orthodontie Inconnu

### Quelle est la raison principale pour laquelle vous consultez notre clinique?

SVP Identifier la raison principale par liste de priorité de #1 à #9, le #1 étant le plus important pour vous .

récent Chronique  
6 mois et+

récent Chronique  
6 mois +

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête                           | <input type="checkbox"/> Spasmes /mouvements brusques et saccadés des jambes         |
| <input type="checkbox"/> Mal d'oreille                          | <input type="checkbox"/> Enflure des chevilles ou des pieds                          |
| <input type="checkbox"/> Douleur à la mâchoire                  | <input type="checkbox"/> Bouche sèche lors du réveil                                 |
| <input type="checkbox"/> Douleur faciale                        | <input type="checkbox"/> Voix rauque le matin  |
| <input type="checkbox"/> Douleur à la mastication               | <input type="checkbox"/> Fatigue   |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux yeux                       | <input type="checkbox"/> Difficulté à s'endormir                                     |
| <input type="checkbox"/> Douleur à la gorge                     | <input type="checkbox"/> Mouvement / rotation fréquente en dormant                   |
| <input type="checkbox"/> Douleur au cou                         | <input type="checkbox"/> Réveil fréquent   |
| <input type="checkbox"/> Douleur aux épaules                    | <input type="checkbox"/> Se réveiller fatigué / non reposé                           |
| <input type="checkbox"/> Douleur au dos                         | <input type="checkbox"/> Somnolence durant la journée                                |
| <input type="checkbox"/> Ouverture limitée de la mâchoire       | <input type="checkbox"/> Ronflement sévère fréquent                                  |
| <input type="checkbox"/> Mâchoire qui barre                     | <input type="checkbox"/> Ronflement qui dérange autrui                               |
| <input type="checkbox"/> Bruit/craquement dans la mâchoire      | <input type="checkbox"/> Manque d'air en se réveillant                               |
| <input type="checkbox"/> Congestion /oreilles bouchées          | <input type="checkbox"/> Se fait dire que vous arrêtez de respirer durant le sommeil |
| <input type="checkbox"/> Congestion des sinus                   | <input type="checkbox"/> S'étouffer durant la nuit / sommeil                         |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements                        | <input type="checkbox"/> Incapable de tolérer CPAP                                   |
| <input type="checkbox"/> Acouphène/bourdonnement dans l'oreille | <input type="checkbox"/> Serrement / grincement de dent                              |
| <input type="checkbox"/> Spasmes musculaires                    | <input type="checkbox"/> Manque d'espace pour les dents                              |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de vision                    |  |

Autre(s) : \_\_\_\_\_

Avez-vous des inquiétudes concernant : Apparence générale Occlusion Capacité de fonctionner Sourire

Autres commentaires : \_\_\_\_\_

Les inquiétudes ci-haut mentionnées affectent-elles votre vie quotidienne ? oui non

### Quelles sont vos attentes face aux traitements à venir :

\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Réaction allergique :

S.V.P. Cochez un ou tous les médicaments ou substances qui ont causés des réactions allergiques ?

	oui	non		oui	non		oui	non
anesthésie			codéine			pénicilline		
antibiotiques			iode			plastique		
aspirine			latex			sédatif		
Barbiturique			métaux			sulfa		

Autres / commentaires : \_\_\_\_\_

## Médication courante (liste des médicaments incluse)

S.v.p. Énumérer tous les médicaments prescrits ou non ,vitamines, suppléments que vous prenez ainsi que pour quelle raison :

Médication

posologie

raison

--

voir liste incluse

## Traitements et/ou médicaments précédents ou actuels reliés à la raison de la consultation

Traitement / Médication

par qui (professionnel)

date du traitement

--

J'autorise la clinique à communiquer pour toutes demandes de renseignements auprès des professionnels ci-haut mentionnés.

Signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Historique médical/ santé (cocher si oui)

Êtes-vous présentement enceinte ?

Avez-vous déjà été blessé à ?

tête

cou

visage

dents

autre

Buvez-vous plus de 3 tasses de café par jour ?

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie?

Avez-vous de la difficulté à respirer par le nez ?

Fumez-vous ?

Consommez-vous de l'alcool ?

Prenez-vous des sédatifs ?

Signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Historique médicale / santé:** Avez-vous ou avez-vous déjà eu une ou plusieurs des conditions suivantes ?

	oui	non		oui	non
Désordre /Crise cardiaque			Trouble thyroïdien		
Souffle au cœur			Tuberculose		
Prolapsus de la valve mitrale			Désordres intestinaux		
Stimulateur cardiaque			Désordre du système nerveux		
Palpitations cardiaques			Anxiété		
Remplacement de valve cardiaque			Problème de peau		
Pulsation cardiaque irrégulière			Trouble du système urinaire		
Pression sanguine haute basse			Fatigue chronique		
AVC			Fibromyalgie		
Saignement facile			Mains et pieds froids		
Ecchymose (bleu) fréquente			Dépression		
Cancer de : _____			Difficulté à se concentrer		
chimio irradiation :			Difficulté à respirer la nuit en dormant		
Anémie			Étourdissement		
Asthme			Soif excessive		
Anomalie congénitale			Évanouissement		
Diabète			Rétention d'eau / fluides		
Épilepsie			Rhume fréquent		
Emphysème			Toux fréquentes		
Glaucome			Infection d'oreilles fréquente		
Reflux gastrique (GERD)			Mal de gorge fréquent		
Hémophilie			Réveils fréquents durant la nuit # de fois : _____		
Hépatite			Problème d'ouïe		
Toxicomanie			Perte de mémoire		
Hypoglycémie			Fièvre des foins		
Maladie de Huntington			Insomnie		
Maladie rénale			Douleur musculaire		
Maladie du foie			Fatigue musculaire		
Leucémie			Spasmes musculaires		
Migraine			Tremblements musculaires		
Syndrome de Ménière			Problème de circulation		
Sclérose en plaques			Soins psychiatriques		
Dystrophie musculaire			Gain de poids récent		
Névralgie			Perte de poids récente		
Ostéoarthrite			Problème de sinus		
Ostéoporose			Souffle court		
Kyste ovarien			Guérison lente		
Maladie de Parkinson			Problème d'élocution		
Fièvre rhumatismale			Enflure, raideur, douleur des articulations		
Arthrite rhumatoïde			Muscles fatigués		
Fièvre scarlatine					

Informations additionnelles :

---



---



---

**Historique chirurgical** : Avez-vous déjà eu ?

anesthésie générale	chirurgie orthognatique	
ablation des adénoïdes	chirurgie buccale	
ablation des amygdales	ablation des 3 ièmes molaires	autre
chirurgie de l'articulation temporo mandibulaire	autres chirurgies :	

Autre type de chirurgies : \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Symptômes actuels:

SVP, Identifier le niveau de douleur à la tête, cou ou visage. (de 1 à 10, 1 + faible , 10 + élevé)

### Douleur de la tête

G :gauche D: droit B : bilatéral

	ENDROIT	RÉCENT	CHRONIC	INTENSITÉ			DURÉE			FRÉQUENCE					
				DOUX	MOD	SÉVÈRE	min.	hre	jour	OCC.	FRÉQUENT	CONSTANT			
G	D	B	Frontal												
G	D	B	Pariétal												
G	D	B	Occipital												
G	D	B	Temporal												
G	D	B	Généralisé												

Avez-vous de la douleur / inconfort dans les régions suivantes ? Si oui date approximative du début : \_\_\_\_\_

### Douleur dans l'articulation

GAUCHE	DROITE
	Douleur à l'ouverture
	Douleur en mangeant
	Douleur au repos

### Bruit dans l'articulation

GAUCHE	DROITE
	Bruit à l'ouverture
	Bruit en mangeant
	Bruit au repos

### L'articulation qui barre

OUI	NON
	Barrée ouverte
	Barrée fermée

### Symptômes de l'articulation

OUI	NON	JOUR	NUIT
		Serrement de dents	
		Grincement de dents	

### Conditions affectant les yeux

OUI	NON
	Vision embrouillée
	Double vision
	Douleur aux yeux

OUI	NON
	Douleur/ pression derrière les yeux
	Photophobie/sensibilité à la lumière
	Port de verres/ lentilles cornéennes

### Conditions reliées aux oreilles

GAUCHE	DROITE
	Bourdonnement dans l'oreille(s)
	Congestion / oreilles bouchées
	Douleur dans les oreilles
	Perte de l'ouïe
	Démangeaison dans l'oreille(s)

GAUCHE	DROITE
	Douleur derrière les oreilles
	Douleur en avant des oreilles
	Infections récurrentes
	Acouphène

### Conditions reliées à la gorge

OUI	NON
	Irritation, maux de gorge chronique
	Difficulté à avaler
	Glandes enflées

OUI	NON
	Élargissement de la glande thyroïde
	Serrement dans la gorge
	Présence de corps étrangers constante

### Conditions reliées au cou

OUI	NON
	Mouvements limités du cou
	Douleur au cou

OUI	NON
	Engourdissement de la main ou des doigts
	Enflure dans le cou

Signature \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Conditions reliées aux épaules

OUI	NON		OUI	NON	
		Douleur dans les épaules			Picotements dans les mains ou les doigts
		Raideur dans les épaules			

## Conditions reliées au dos

OUI	NON		OUI	NON	
		Douleur bas du dos			Sciatique
		Douleur au milieu du dos			Scoliose
		Douleur haut du dos			

## Conditions reliées à la bouche et nez

OUI	NON		OUI	NON	
		Bouche sèche			Brûlure de la langue
		Sinusite chronique			Dents brisées
		Ronflement fréquent			Mordillement de la langue

## Conditions reliées au sommeil

S.V.P. Répondre par oui ou non selon votre appréciation ou ce qu'on vous a dit ?

Position lors du sommeil ?	coté	dos	ventre	variée
			OUI	NON

Vous endormez-vous facilement ?

Vous sentez-vous reposé au réveil ?

Cessez-vous de respirer durant le sommeil ?

Vous réveillez-vous souvent la nuit ?

Moyenne d'heures de sommeil par nuit ? \_\_\_\_\_

Manquez-vous de souffle durant le sommeil ?

Avez-vous déjà eu une évaluation du sommeil ? (PSG)

Résultat : \_\_\_\_\_

## Historique des symptômes

À quel moment, approximativement, ces conditions ou symptômes ont-ils débutés ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il un membre de votre famille avec le même problème ou des problèmes similaires ? oui non

Si oui, expliquer : \_\_\_\_\_

Existe-t-il une relation entre votre condition et un accident (de véhicule) ou un traumatisme? oui non

Si oui, expliquer : \_\_\_\_\_

(complétez la section de l'historique des traumatismes sur un autre formulaire)

**J'autorise la transmission des résultats d'examen et diagnostics, rapport et plan de traitement, etc. à chacun des professionnels référant ou traitant. J'autorise aussi la transmission des informations médicales aux compagnies d'assurances, ou pour documentation légale dans l'évaluation de plainte. Je comprends que je suis responsable pour les frais encourus pour les traitements indépendamment de la couverture d'assurance.**

Signature : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_

Parent/ tuteur (si mineur) : \_\_\_\_\_

date : \_\_\_\_\_