

## QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Date : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Référé(e) par : Pages Jaunes Internet Patient Nom : \_\_\_\_\_

Médical \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non		Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Si oui : nom _____ Tel. _____ Poste _____			28. Fumez-vous? .....		
2. Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois?..... Spécifiez : _____			29. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)?		
3. Avez-vous eu une perte ou gain de poids marqué dernièrement?.....			30. Êtes-vous atteint du sida? .....		
4. Êtes-vous enceinte?.....			31. Êtes-vous séropositif? .....		
5. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) <b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :</b>			32. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)? .....		
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle).....			33. Avez-vous un « pace maker »? .....		
7. Fièvre rhumatismale .....			34. Ronflez-vous? .....		
8. Saignements prolongés .....			35. Votre conjoint ronfle-t-il ? .....		
9. Anémie.....			36. Vous levez-vous fatigué le matin? .....		
10. Tension artérielle (pression) : haute : basse :			37. Vous sentez-vous fatigué en lisant? .....		
11. Rhumes fréquents ou sinusites.....			38. Vous sentez-vous fatigué durant la journée? ...		
12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....			39. Vous sentez-vous fatigué en regardant la télé?		
13. Troubles digestifs .....			40. Vous sentez-vous fatigué en conduisant?.....		
14. Ulcère de l'estomac .....			41. Avez-vous été diagnostiqué pour l'apnée du sommeil? .....		
15. Problèmes du foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose) ...			42. Avez-vous déjà été impliqué dans un accident d'automobile (ou autre accident)? .....		
16. Troubles du rein (maladie rénales) .....			43. Avez vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants?		
17. Maladies transmises sexuellement .....			Oui		Oui
18. Diabète .....			Aliments.....	Iode .....	
19. Troubles thyroïdiens .....			Aspirine .....	Sulfamides .....	
20. Problèmes oculaires (yeux) .....			Pénicilline .....	Codéine .....	
21. Maladie de la peau .....			Autres antibiotiques ...	Anesthésie locale .....	
22. Arthrite .....			Spécifiez _____	Autres _____	
23. Épilepsie .....			44. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?		Oui Non
24. Troubles nerveux .....			Si oui lesquelles :		
25. Étourdissements, évanouissements .....					
26. Rhume des foins .....					
27. Asthme .....					

