

Centre Dentaire Fancelli inc.

560 chemin Chambly, bureau 100

Longueuil, J4H 3L8

450-670-0021

Questionnaire sur votre douleur

Nom: _____ Date : _____

S'il vous plait répondre aux questions suivantes au meilleur de vos connaissances. Ajoutez autant de détails que vous jugez nécessaires. Apporter cette copie lors de votre visite initiale.

1. Quand vos symptômes ont-ils commencé ?
2. Semble-t-il y avoir un événement spécifique qui déclenche vos symptômes ?
3. Qui avez-vous consulté concernant ces symptômes ?
4. Quel type de traitement avez-vous reçu jusqu'à présent ?
5. Comment ces traitements vous ont-ils aidé ?
6. Quels sont vos symptômes présentement ?
7. Dans les dessins ci-dessous, indiquer les endroits où vous éprouvez de la douleur ou des maux de tête. Indiquer aussi le niveau de douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente aucune douleur et 10 représente de la douleur insupportable.

