

GROUPE DENTAIRE API

QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F Nom : _____ Prénom : _____

Adresse No. : _____ Rue : _____ App : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Tél. Dom. : _____ Tél. Trav. : _____ Cell. : _____

Date de naissance : _____ N° ass. maladie : _____ Expiration : _____

Ass. Dentaire : Oui Non Courriel : _____ Aide social : Oui Non

Disponibilité : Jour Soir Samedi Plainte principale : _____

HISTOIRE MÉDICALE

	Oui	Non		Oui	Non		
▶ Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Maladie de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Nom : _____ Prénom : _____			17. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tél. : _____ poste : _____			18. Arthrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
▶ Y a-t-il des sujets dont vous aimeriez discuter en confidentialité avec votre dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Épilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
▶ Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. Troubles nerveux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
▶ Si oui lesquels _____			21. Maux de tête fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
▶ Êtes-vous enceinte.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. Évanouissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
prenez-vous la pilule anticonceptionnelle.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. Maux d'oreilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Avez-vous souffert ou souffrez-vous de...			24. Rhume des foins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
1. Troubles cardiaques (infarctus, angine, valve, souffle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25. Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2. Fièvre rhumatismale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26. Fumez-vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Saignements prolongés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et ou chimiothérapie (tumeur).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4. Anémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. Pression : haute <input type="radio"/> basse <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) et ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Rhumes fréquents ou sinusites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, lesquelles? Et quand?				
7. Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				
8. Troubles digestifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				
9. Problèmes du foie (hépatite : virus A ou B, cirrhose, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. Souffrez-vous d'une ou des allergies suivantes :				
10. Troubles du rein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oui	Non	Oui	Non	
11. Maladies transmises sexuellement.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Codéine	<input type="radio"/>	Sulfamides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Êtes-vous atteint du virus du SIDA.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pénicilline	<input type="radio"/>	Anesthésie locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Êtes-vous séropositif au test du SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aspirine	<input type="radio"/>	Aliments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Iode	<input type="radio"/>	Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Troubles thyroïdiens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autres		Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Autres : _____				

HISTOIRE DENTAIRE

1. Dernière visite 0-6 mois 6-12 mois plus de 12 mois		4. Pourquoi n'êtes-vous pas retourné(e) chez le dentiste depuis votre dernière visite _____				
2. Traitements reçus :			Oui	Non	Oui	Non
3. Avez-vous déjà eu un traitement tel que :						
▶ Démonstration d'hygiène buccale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▶ Couronne et/ou pont	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▶ Traitement de gencive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▶ Prothèse complète et/ou partielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▶ Traitement d'orthodontie.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▶ Traitement de chirurgie buccale ou extraction.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▶ Traitement de canal.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	▶ Radiographie dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
▶ Obturation dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, depuis quand _____ Mois _____ an(s)			

Je soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé. On m'a informé(e) de la constitution de mon dossier dentaire et de mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. On m'a informé(e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le dentiste et son personnel auxiliaire y auront seul accès. On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

Signature du patient responsable : _____ Date : _____

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'introduction et prendre les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature du dentiste : _____ Date : _____