

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable

Date

Consentement et identification**J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.**

Signature du patient ou responsable

Date

M. Mme

Nom en lettres moulées

Patient lui-même

Parent/tuteur (si moins de 14 ans)

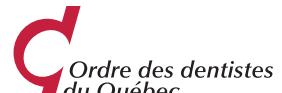
Mandataire/responsable

Autre

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature

Date AA/MM/JJ

**QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL**

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigues : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

Renseignements personnels

Prénom _____

Nom _____

Sexe F M

Date de naissance _____ AA/MM/JJ

Num. d'ass. maladie _____ Expiration AA/MM

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Coordinnées

Tél. domicile _____

Tél. travail _____

Tél. cell. _____

Courriel _____

En cas d'urgence, appeler :

Nom _____

Lien avec patient _____

Tél. principal _____

Tél. cell. _____

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui _____

Dernière visite 0 - 6 mois 6 - 12 mois + de 12 mois

Craignez-vous les traitements dentaires ?

Traitement(s) reçu(s) _____ Oui Non

Pas du tout Un peu Beaucoup Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ?

Précisez _____

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

**Précautions opératoires - À l'usage du professionnel****Antécédents médicaux**

1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?
2. Êtes-vous suivi par un médecin ?
3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?
4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?
5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?
6. Êtes-vous enceinte ?
7. Allaitez-vous ?
8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? Spécifiez _____
9. Prenez-vous des médicaments ?
10. Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

Oui Non

Raison, détails et date

Veuillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois

Médicament et raison	Médicament et raison

Veuillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées

Oui Non

Oui Non

Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Maladies de peau	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Conditions cardiaques Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Problèmes oculaires (yeux)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Infection du cœur (endocardite).....	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Maux d'oreilles	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Arthrite	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Tension artérielle (pression) haute <input checked="" type="radio"/> basse <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Ostéoporose	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Maux de tête fréquents	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Injection annuelle ou mensuelle	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Douleur chronique	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Épilepsie	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Troubles ou maladies du système digestif	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Précisez _____		Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Troubles d'estomac ulcère <input checked="" type="radio"/> reflux <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Troubles du rein	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Asthme	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Troubles thyroïdiens	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Cancer (tumeur) Précisez	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Allergie ou manifestation à ces produits :	
Radiothérapie	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Latex	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Chimiothérapie	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Pénicilline	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Autres antibiotiques	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Codéine	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
Précisez		Aspirine	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
		Autres conditions médicales à mentionner :	

Autres aspects

- Ronflez-vous ?
- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?
- Fumez-vous ? ____ cig./jour ou ex-fumeur
- Consommez-vous de l'alcool ?
- Fréquence : ____ verres /jour /sem. /mois
- Consommez-vous des drogues ?
- Prenez-vous de la méthadone ?

Réserve au dentiste pour notes particulières
