

### 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

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Date AA/MM/JJ



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC



Ordre des dentistes  
du Québec

## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : 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

### Coordonnées

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

Craignez-vous les traitements dentaires ?

Pas du tout ☐

Un peu ☐

Beaucoup ☐

Précisez

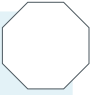
Dernière visite 0 - 6 mois ☐ 6 - 12 mois ☐ + de 12 mois ☐

Traitement(s) reçu(s) Oui Non

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ? ☐ ☐

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**

Oui Non

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

**Raison, détails et date**


---



---



---

Spécifiez \_\_\_\_\_

**Veillez 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

**Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées**

Oui Non

Oui Non

- Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) ☐ Oui ☐ Non
- Conditions cardiaques
- Infarctus, angine, chirurgie, etc. ☐ Oui ☐ Non
- Infection du cœur (endocardite) ☐ Oui ☐ Non
- Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule ☐ Oui ☐ Non
- Tension artérielle (pression) haute ☐ basse ☐ ☐ Oui ☐ Non
- Étourdissements, évanouissements ☐ Oui ☐ Non
- Maux de tête fréquents ☐ Oui ☐ Non
- Douleur à l'articulation de la mâchoire ☐ Oui ☐ Non
- Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) ☐ Oui ☐ Non
- Troubles ou maladies du système digestif ☐ Oui ☐ Non
- Précisez \_\_\_\_\_
- Troubles d'estomac ulcère ☐ reflux ☐ ☐ Oui ☐ Non
- Troubles du rein ☐ Oui ☐ Non
- Diabète ☐ Oui ☐ Non
- Troubles thyroïdiens ☐ Oui ☐ Non
- Cancer (tumeur) Précisez \_\_\_\_\_ ☐ Oui ☐ Non
- Radiothérapie ☐ Oui ☐ Non
- Chimiothérapie ☐ Oui ☐ Non
- Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ? ☐ Oui ☐ Non
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ☐ Oui ☐ Non
- Précisez \_\_\_\_\_

- Maladies de peau ☐ Oui ☐ Non
- Problèmes oculaires (yeux) ☐ Oui ☐ Non
- Maux d'oreilles ☐ Oui ☐ Non
- Arthrite ☐ Oui ☐ Non
- Ostéoporose ☐ Oui ☐ Non
- Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) ☐ Oui ☐ Non
- Injection annuelle ou mensuelle ☐ Oui ☐ Non
- Douleur chronique ☐ Oui ☐ Non
- Épilepsie ☐ Oui ☐ Non
- Troubles ou maladies du système nerveux ☐ Oui ☐ Non
- Troubles ou maladies psychiatriques ☐ Oui ☐ Non
- Rhumes fréquents ou sinusite ☐ Oui ☐ Non
- Tuberculose ou problèmes pulmonaires ☐ Oui ☐ Non
- Asthme ☐ Oui ☐ Non
- Rhume des foins/allergies saisonnières ☐ Oui ☐ Non
- Allergie ou manifestation à ces produits :
- Latex ☐ Sulfamidés ☐ Oui ☐ Non
- Pénicilline ☐ Anesthésiques ☐ Oui ☐ Non
- Autres antibiotiques ☐ Aliments ☐ Oui ☐ Non
- Codéine ☐ Produits contenant de l'iode ☐ Oui ☐ Non
- Aspirine ☐ Autres : ☐ Oui ☐ Non
- Autres conditions médicales à mentionner : \_\_\_\_\_

**Autres aspects**

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

**Réservé au dentiste pour notes particulières**


---



---



---



---



---