

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : N° : _____ Rue : _____ App. : _____
 Ville : _____ Code Postal : _____ Courriel : _____
 Tel. Dom. : _____ trav. : _____ Cell. : _____
 N° ass. Maladie : _____ Occupation : _____
 En cas d'urgence, contacter : _____ Référé par : _____

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :	OUI	NON		OUI	NON
1. Hospitalisation en raison de maladie ou de blessure.....	☐	☐	23. Ostéoporose.....	☐	☐
2. Une réaction allergique à			24. Arthrite.....	☐	☐
☐ aspirine, ibuprofène, acétaminophène, codéine			25. Glaucome.....	☐	☐
☐ pénicilline			26. Problèmes oculaires (yeux)	☐	☐
☐ érythromycine			27. Blessure au cou ou à la tête.....	☐	☐
☐ tétracycline			28. Épilepsie, convulsions.....	☐	☐
☐ sulfamide			29. Problèmes neurologiques (Trouble de l'attention).....	☐	☐
☐ anesthésique local			30. Infections virales et boutons de fièvre.....	☐	☐
☐ fluorure			31. Bosses ou enflures dans la bouche.....	☐	☐
☐ métaux (nickel, or, argent,			32. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins.....	☐	☐
☐ latex			33. Infections transmissibles sexuellement.....	☐	☐
☐ autre.....			34. Hépatite (Type.....)	☐	☐
3. Troubles cardiaques.....	☐	☐	35. VIH/ SIDA.....	☐	☐
4. Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable.....	☐	☐	36. Tumeur, cancer	☐	☐
5. Scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu.....	☐	☐	37. Maladies de la peau.....	☐	☐
6. Tensions artérielle (Pression) : ☐ Haute ☐ Basse.....	☐	☐	38. Radiothérapie.....	☐	☐
7. Accident cérébro-vasculaire.....	☐	☐	39. Chimiothérapie.....	☐	☐
8. Anémie ou autres problèmes sanguins.....	☐	☐	40. Rhumes fréquents ou sinusite	☐	☐
9. Saignement prolongé.....	☐	☐	41. Maladies psychiatriques.....	☐	☐
10. Emphysème.....	☐	☐	42. Alcoolisme/ toxicomanie.....	☐	☐
11. Tuberculose.....	☐	☐	ÊTES-VOUS :		
12. Asthme.....	☐	☐	43. Actuellement traité pour une autre maladie.....	☐	☐
13. Troubles respiratoire ou troubles du sommeil.....	☐	☐	44. Conscient d'un changement de votre santé.....	☐	☐
14. Problèmes de foie.....	☐	☐	45. Sous médicament pour perdre du poids.....	☐	☐
15. Troubles du rein.....	☐	☐	46. Sous supplément diététique.....	☐	☐
16. Jaunisse.....	☐	☐	47. Souvent fatigué ou épuisé.....	☐	☐
17. Troubles thyroïdiens.....	☐	☐	48. Sujet à des maux de têtes fréquents.....	☐	☐
18. Déficiences hormonales.....	☐	☐	49. Fumeur ou ancien fumeur.....	☐	☐
19. Cholestérol.....	☐	☐	50. Souvent malheureux ou déprimé.....	☐	☐
20. Diabète.....	☐	☐	51. FEMME – enceinte.....	☐	☐
21. Ulcère d'estomac ou duodéal.....	☐	☐	52. FEMME - prenez-vous des anovulants.....	☐	☐
22. Troubles digestifs (reflux gastrique).....	☐	☐	53. HOMME – troubles de la prostate.....	☐	☐

Autres renseignements pertinents

Répertoriez tous les médicaments, suppléments et vitamines pris au cours des 6 derniers mois.

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Merci de nous aviser de tout changement.

Signature du patient _____ Date _____
 Signature du dentiste _____ Date _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Comment évaluez-vous l'état de votre bouche? ☐ Excellent ☐ Bon ☐ Passable ☐ Négligé

Je vois mon dentiste tous les ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ + de 12 mois

Nom de votre ancien dentiste :

Quel est votre souci immédiat?

Veillez répondre par oui ou par non à ce qui suit:

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Craignez-vous les traitements dentaires? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire désagréable? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 3. Avez-vous déjà eu des complications lors de vos traitements dentaires? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 4. Avez-vous déjà eu une réaction lors d'anesthésie locale ou de la difficulté à être anesthésié? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, reçu un traitement orthodontique ou une correction de l'occlusion? | ☐ OUI | ☐ NON |

GENCIVE ET OS

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 6. Avez-vous déjà eu des dents extraites? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 7. Est-ce que votre gencive saigne lors du brossage ou au passage de la soie dentaire? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 8. Avez-vous déjà été traité pour une maladie de gencive ou vous a-t-on dit que vous avez un problème avec l'os de support des dents? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 9. Avez-vous remarqué un goût ou une odeur désagréable dans votre bouche? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 10. À votre connaissance, y-a-t-il un membre de votre famille qui a déjà eu une maladie de gencive? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 11. Avez-vous déjà remarqué la présence de déchaussement? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 12. Avez-vous déjà eu des dents branlantes ou de la difficulté à manger une pomme? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 13. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche? | ☐ OUI | ☐ NON |

STRUCTURE DES DENTS

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 14. Avez-vous eu des caries durant les 5 dernières années? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 15. La quantité de salive dans votre bouche semble-t-elle trop faible ou avez-vous de la difficulté à avaler les aliments? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 16. Remarquez-vous des trous, de l'usure, des cratères, de la corrosion ou de la décoloration sur la surface de vos dents? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 17. Vos dents sont-elles sensibles au froid, au chaud, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser à certains endroits? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 18. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près de la gencive? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 19. Avez-vous déjà eu des dents brisées, ébréchées, un mal de dents ou un plombage fissuré? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 20. Des aliments restent-ils pris entre vos dents? | ☐ OUI | ☐ NON |

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 21. Avez-vous remarqué des craquements, bruits ou douleur à l'articulation? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 22. Avez-vous de la difficulté à mâcher de la gomme? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 23. Avez-vous de la difficulté à manger des bagels, des baguettes ou autres aliments durs? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 24. Vos dents ont-elles changé au cours des dernières années? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 25. Vos dents sont-elles trop serrées ou trop écartées? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 26. Pour que vos dents ferment ensemble, avez-vous plus d'une manière de fermer? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 27. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles ou avez-vous d'autres habitudes orales? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 28. Serrez-vous les dents durant la journée? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 29. Avez-vous des problèmes de sommeil? Votre mâchoire ou vos dents sont-elles sensibles au réveil? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 30. Avez-vous déjà porté ou portez-vous un appareil pour l'occlusion? | ☐ OUI | ☐ NON |

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 31. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 32. Avez-vous déjà blanchi vos dents? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 33. Avez-vous déjà été mal à l'aise ou gêné par l'apparence de vos dents? | ☐ OUI | ☐ NON |
| 34. Avez-vous déjà été déçu par le résultat de traitements dentaires antérieurs? | ☐ OUI | ☐ NON |

Signature du patient: _____ Date: _____

Signature du dentiste: _____ Date: _____