

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 _____



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 _____

Num. d'ass. maladie _____ Expiration _____

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 _____
 - 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
