



Lorène Boisvert, D.D.S.
Dentisterie esthétique et générale
Adultes et enfants

Questionnaire Médical

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____ Ville _____ Etat ____ Code postal _____
Tél Domicile _____ Travail _____ Portable _____
Date de naissance ___/___/___ Sexe M F Taille _____ Poids _____ Etat civil: C M D V
Social Security Number ____ - ____ - _____ Courriel _____
Employeur _____ Profession _____
Contact d'urgence _____ Tél _____

Pour les questions suivantes, entourez la bonne réponse. Si vous ne savez pas, entourez le “?”. Vos réponses uniquement utilisées pour nos dossiers sont strictement confidentielles. Ces informations sont importantes afin de nous permettre de dispenser les soins qui vous sont appropriés.

Informations dentaires

Oui Non ? Est-ce que vos gencives saignent lors du brossage?
Oui Non ? Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, au sucré, ou à la pression?
Oui Non ? Avez-vous reçu des traitements parodontaux (de gencives)?
Oui Non ? Avez-vous eu un traitement orthodontique (brackets)?
Oui Non ? Avez-vous un appareil dentaire?
Oui Non ? Avez-vous déjà eu des problèmes associés à un traitement dentaire? Si oui, SVP expliquez _____

Comment décrivez-vous votre état dentaire actuel? _____
Date de votre dernier examen dentaire _____ Date de vos dernières radios _____
S'il y a eu traitement dentaire à cette date, décrivez _____
Etes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? _____

Informations médicales

Oui Non ? Etes-vous en bonne santé?
Oui Non ? Avez-vous subi des changements récents de votre état général?
Nom du médecin traitant _____
Ville _____ Tél _____
Oui Non ? Etes-vous pris en charge par un médecin pour un problème particulier?
Si oui, lequel? _____
Oui Non ? Avez-vous eu une maladie grave, une opération, ou été hospitalisé dans les cinq dernières années? Si oui, expliquez _____
Oui Non ? Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels?
Sous ordonnance _____
Sans ordonnance _____
Herbes _____
Oui Non ? Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments associés à un régime alimentaire tels que Podimin (fendluramine), Redux (dexphenfluarmine) ou phen-fen (phentermine)?
Oui Non ? Portez-vous des lentilles de contact?
Oui Non ? Avez-vous une prothèse orthopédique (hanche, genou, coude, doigt)
Si oui, quand a eu lieu l'opération? _____
Oui Non ? Avez-vous eu des problèmes avec cette prothèse?
Oui Non ? Avez-vous déjà dû prendre des antibiotiques prescrits par un médecin ou un dentiste avant un traitement dentaire?

Allergies: êtes-vous allergiques ou avez-vous eu une réaction allergique à:

Oui	Non	?	Anesthésiques locaux	Oui	Non	?	Latex
Oui	Non	?	Pénicilline ou autres antibiotiques	Oui	Non	?	Iode
Oui	Non	?	Aspirine	Oui	Non	?	Pollen
Oui	Non	?	Codéine ou autres narcotiques	Oui	Non	?	Animaux
Oui	Non	?	Barbituriques, sédatifs ou somnifères	Oui	Non	?	Aliments_____
Oui	Non	?	Médicaments contenant des sulfites	Oui	Non	?	Autre_____

Pour les patientes:

Oui	Non	?	Etes-vous enceinte?
Oui	Non	?	Allaitez-vous?
Oui	Non	?	Prenez-vous une pilule contraceptive?

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ou des maladies ci-dessous:

Oui	Non	?	Saignements	Oui	Non	?	Bouche sèche
Oui	Non	?	VIH ou Sida	Oui	Non	?	Arthrite
Oui	Non	?	Anémie	Oui	Non	?	Asthme
Oui	Non	?	Reflux gastro-intestinal	Oui	Non	?	Glaucome
Oui	Non	?	Hépatite, jaunisse	Oui	Non	?	Hémophilie
Oui	Non	?	Infections récurrentes	Oui	Non	?	Hypotension
Oui	Non	?	Ostéoporose	Oui	Non	?	MST
Oui	Non	?	Maux de tête, migraines	Oui	Non	?	Tuberculose
Oui	Non	?	Problèmes neurologiques	Oui	Non	?	Problèmes de sinus
Oui	Non	?	Accident vasculaire cérébral	Oui	Non	?	Ulcère
Oui	Non	?	Problèmes d'ordre psychiatrique	Oui	Non	?	Problèmes de sommeil
Oui	Non	?	Transfusion sanguine				
			Si oui, en quelle année:_____				
Oui	Non	?	Cancer/chimiothérapie/radiation				
			Si oui, en quelle année:_____				
Oui	Non	?	Maladies cardiovasculaires:				
			-Angine de poitrine				-Hypertension artérielle
			-Arteriosclérose				-Valves artificielles
			-Prolapse de la valve mitrale				-Problèmes de valves cardiaques
-			-Problèmes d'artères coronaires				-Crise cardiaque
			-Murmure cardiaque				-Maladie cardiaque congénitale
			-Pacemaker				-Rhumatisme articulaire aigu
Oui	Non	?	Diabète- Si oui, Type I ou Type II				
Oui	Non	?	Problème d'alimentation				
			Si oui, expliquez_____				
Oui	Non	?	Perte de poids sévère ou rapide				
Oui	Non	?	Epilepsie				
Oui	Non	?	Attaque de panique				
Oui	Non	?	Aphtes ou ulcères buccaux				
Oui	Non	?	Ganglions persistants dans le cou				
Oui	Non	?	Avez-vous une maladie ou un problème de santé non mentionné ci-dessus?				

Je certifie que j'ai lu et compris le questionnaire ci-dessus. Je ne rendrai pas mon dentiste, ni son équipe de travail, responsable des décisions prises ou non prises en raison d'omissions ou d'erreurs faites en remplissant ce questionnaire.

Signature du patient ou parent légal: _____ **Date** _____