

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



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS 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 ? **Raison, détails et date** _____
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. Allaitiez-vous ?
8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? Spécifiez _____
9. Prenez-vous des médicaments ?
10. Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

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

Réservé au dentiste pour notes particulières
