

CLINIQUE DENTWEST INC.

6332 Sherbrooke W #203

Montreal, QC, H4B 1M7

Questionnaire médico-dentaire

Nom: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____ Code Postal: _____
 Naissance: _____
 Courriel: _____

Sexe: _____
 No. Dossier: _____
 Tél. rés.: _____
 Bureau: _____

S. V. P. encerclez la bonne réponse.

HISTOIRE MEDICALE.

Etes-vous sous les soins d'un médecin _____ O N

Avez-vous souffert/souffrez-vous de

- Maladie du coeur _____ O N
- Fièvre rhumatismale _____ O N
- Haute/basse pression _____ O N
- Asthme _____ O N
- Anémie _____ O N
- Tuberculose, problèmes pulmonaires _____ O N
- Diabète _____ O N
- Problèmes de foie(hépatite,cirrh.) _____ O N
- Troubles du rein _____ O N
- Maladies vénériennes _____ O N
- Porteur du virus VIH _____ O N
- Problèmes oculaires <yeux> _____ O N
- Arthrite _____ O N
- Epilepsie _____ O N
- Troubles nerveux _____ O N
- Troubles thyroïdiens _____ O N
- Troubles digestifs _____ O N
- Saignements prolongés _____ O N
- Ulcère de l'estomac _____ O N
- Avez-vous des prothèses articulaires? _____ O N
- Maux de tête fréquents _____ O N
- Perte de conscience,étourdissement _____ O N
- Maux d'oreilles _____ O N
- Allergies: _____
- Fièvre des foies _____ O N
- Pénicilline _____ O N
- Aspirine _____ O N
- Iode _____ O N
- Sulfas _____ O N
- Anesthésie locale _____ O N
- Autres antibiotiques: _____
- Autres allergies: _____

Etes-vous enceinte présentement _____ O N

Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires _____ O N
 Votre sourire vous plaît-il _____ O N
 Qu'aimeriez-vous changer... _____

Prenez-vous _____

- La pilule anticonceptionnelle _____ O N
- Des médicaments _____ O N

Médication actuelle: _____

Etes-vous fumeur _____ O N

Avez-vous eu des _____

- Traitements de radiothérapie _____ O N

Interventions chirurgicales _____ (aaaa: mm)

_____ (: :)

_____ (: :)

_____ (: :)

HISTOIRE DENTAIRE.

Combien de temps depuis le dernier rendez-vous dentaire _____

Avez-vous eu: _____

- Traitements de gencives _____ O N
- Hémorragie _____ O N
- Traitements d'orthodontie _____ O N
- Traitement de canal _____ O N
- Extraction ou chirurgie buccale _____ O N
- Radiographies dentaires _____ O N

Avez-vous des _____

- Douleurs / difficultés _____
- lorsque vous ouvrez la bouche _____ O N
- Saignements de gencives _____ O N
- Dents manquantes non remplacées _____ O N
- Dents mobiles _____ O N

Référé par: _____

Responsable des paiements: _____

Vous-même RAMQ

Assurance: Autre

RAMQ _____ Exp.: _____

Revision du questionnaire médical	Date	Initiales
Note: _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Raison de la visite: _____

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