



## Questionnaire Médical

F  M

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_J\_\_ / \_\_M\_\_ / \_\_A\_\_

Adresse : (no, rue) \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance dentaire : Oui  Non

Comment estimez-vous votre santé en général ? Excellente  Passable  Mauvaise

| <b>Avez-vous déjà eu :</b>                              |                          | <b>Oui</b>               | <b>Non</b> |   | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hospitalisation pour blessure ou maladie             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 21. Déficience hormonale.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui pour quelle raison ? _____                       |                          |                          |            | 22. Cholestérol (hypercholestérolémie) .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 23. Ulcère d'estomac ou duodéal .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| au cours des 6 derniers mois.                           |                          |                          |            | 24. Diabète .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels : _____                                |                          |                          |            | Insuline <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/>  |                          |                          |
| _____   |                          |                          |            | Contrôlé <input type="checkbox"/> Instable <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| _____   |                          |                          |            | 25. Maladies de la peau .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____   |                          |                          |            | 26. Problèmes de digestion (reflux gastrique) .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____   |                          |                          |            | 27. Arthrite .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Réaction allergique à :                              |                          |                          |            | 28. Glaucome.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirine.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 29. Blessure à la tête ou au cou .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 30. Épilepsie ou convulsion .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Érythromycine.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 31. Problèmes neurologiques .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tétracycline.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 32. Infections virales et feux sauvages .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codéine.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 33. Bosse ou gonflement dans la bouche .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anesthésie locale .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 34. Fièvre des foins .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fluor.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 35. Maladies vénériennes .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iode.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 36. Hépatite (A, B, C, cirrhose, etc.) .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Métaux (cobalt, or, etc.) .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 37. VIH-Sida .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 38. Tumeur, bosses anormales .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres médicaments : _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 39. Radiothérapie .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |            | Si oui, quand? _____  |                          |                          |
| 4. Troubles cardiaques.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 40. Chimiothérapie .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (problèmes de cœur, angine, nitro, endocardite)         |                          |                          |            | Si oui, quand ? _____   |                          |                          |
| 5. Problèmes de goût/odorat .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 41. Problèmes émotionnels .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fièvre rhumatismale.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 42. Traitements psychiatriques .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Scarlatine.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 43. Prenez-vous un/des antidépresseurs .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tension artérielle (pression).....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 44. Alcoolisme – toxicomanie .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haute.....  | <input type="checkbox"/> |                          |            | <b>Êtes-vous :</b>  |                          |                          |
| Basse.....  | <input type="checkbox"/> |                          |            | 45. Présentement sous traitement .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. AVC (accident cérébro-vasculaire) .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | pour une autre maladie .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Prothèse artificielle .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 46. Conscient d'un changement de votre santé général                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (valve au cœur, pontage, genoux, etc.)                  |                          |                          |            | 47. Traité pour l'ostéoporose- ostéopénie .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anémie ou autres problèmes sanguins .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 48. Souvent fatigué/exténué .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Saignement prolongé .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 49. Sujet à de fréquents maux de tête .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Emphysème.....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 50. Fumeur ou ex-fumeur .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tuberculose .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | Si oui, combien par jour? _____                                     |                          |                          |
| 15. Asthme .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | Depuis quand ? _____  |                          |                          |
| 16. Trouble du sommeil ou de respiration .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 51. FEMME : Prenez-vous la pilule contraceptive .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ronflement, sinus, etc.)                               |                          |                          |            | 52. FEMME : Êtes-vous enceinte .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Maladie de rein .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | Si oui, combien de mois ? _____                                     |                          |                          |
| 18. Maladie du foie .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            | 53. HOMME : Avez-vous des désordres de prostate .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Jaunisse .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |   |                          |                          |
| 20. Maladie de la glande thyroïde ou parathyroïde ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |            |   |                          |                          |

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du dentiste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_