

Centre dentaire du vieux Longueuil

Questionnaire médicodentaire - CONFIDENTIEL

*Ce questionnaire fait partie intégrante de votre dossier dentaire. Il est confidentiel, protégé par la loi et le secret professionnel.

Prénom _____

Cellulaire _____

Nom _____

Courriel _____

Sexe F M Date de naissance / /

Je préfère être rejoint principalement par :

Num. d'ass. maladie _____ Expiration _____

Téléphone Courriel Message texte

Adresse _____

En cas d'urgence, communiquez avec :

Ville _____ Code postal _____

Nom _____

Téléphone maison _____

Lien avec la personne _____

Téléphone travail _____

Téléphone _____

Antécédents médicaux

- | | Oui | Non | Détails |
|---|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 1. Êtes-vous suivi par un médecin?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raison _____ |
| 2. Êtes-vous enceinte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trimestre _____ |
| 3. Allaitiez-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raison _____ |
| 6. Prenez-vous des médicaments, INCLUANT des produits naturels et des anovulants/hormones? | | | |
| | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquels? |

Médicaments	Raison de la prise

*Si votre liste est exhaustive ou que vous ne vous souvenez plus des détails, indiquez votre pharmacie : _____

J'autorise la *Clinique dentaire Sébastien Brouillard* à communiquer avec ma pharmacie pour obtenir la liste de mes médicaments :

Signature du patient

Date

Précisions sur certains médicaments/Prenez-vous ou avez-vous déjà pris les médicaments suivants :

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Biphosphonates en comprimé pour l'ostéoporose(Fosamax®,Actonel®,Alendronate®,Risedronate®,etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Biphosphonates en injection pour traiter l'ostéoporose..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Méthotrexate..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prednisone ou autre type de cortisone..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments pour contrôler la pression..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments pour éclaircir le sang (aspirine,Coumadin®,Xarelto®,Plavix®,Pradax®,Eliquis®,héparine,etc.).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Conditions particulières

Où Non

Avez-vous des prothèses articulaires (genou/hanche, etc.)?..... Date :

Avez-vous déjà eu une infection du cœur (endocardite)?

Avez-vous déjà eu une chirurgie pour poser ou réparer une valve/valvule au cœur?.....

Faites-vous du diabète? Oui Non Quel type? _____ Est-ce bien contrôlé? Oui Non

Habitudes de vies

	Où	Non		Où	Non
Ronflez-vous?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez-vous de l'alcool?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommez-vous des drogues?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous?..__cig/jour ou ex-fumeur... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prenez-vous de la méthadone?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Condition médicale (cochez oui si vous souffrez ou avez déjà souffert de la condition mentionnée)

	Où	Non		Où	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer ou tumeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements prolongés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie cardiaque....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de pression sanguine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissements, évanouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumes ou sinusites fréquemment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose/problèmes aux poumons...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie(hépatite, cirrhose, etc.)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles/maladies du système digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles/maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles/maladies psychiatriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur à la mâchoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la glande thyroïde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sécheresse de la bouche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Allergies ou intolérances

	Où	Non		Où	Non		Où	Non
Latex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésiques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aliments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iode.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres : _____		

Souhaitez-vous discuter d'un point en particulier ou supplémentaire avec le dentiste? Oui Non

Craignez-vous les traitements dentaires? Pas du tout Un peu Beaucoup

J'ai rempli ce questionnaire au meilleur de ma connaissance,

Signature du patient ou personne responsable

Date

Signature du dentiste

Date

J'ai révisé le contenu de ce questionnaire et j'ai fait part au dentiste de tous les changements concernant ma santé :

Signature du patient

Date

Signature du patient

Date

Signature du patient

Date

Signature du patient

Date