

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Les renseignements suivants sont essentiels pour vous assurer le meilleur traitement possible. S'il vous plaît, veuillez répondre à toutes les questions. Cette feuille fait partie de votre dossier et le contenu est confidentiel. Merci!

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom du patient: _____ Prénom: _____ Sexe: M _____ F _____

Nom du parent responsable ou tuteur: _____

Date de naissance: _____ Âge: _____ ans _____ mois _____

Référé par: _____

HISTOIRE DENTAIRE

Nom de votre dentiste actuel: _____

Dernier rendez-vous: ___ 0-6 mois ___ 6-12 mois ___ +12 mois

Nombre de radiographies depuis deux ans: _____

Avez-vous déjà eu un accident à la tête ou au visage? _____ oui _____ non

Avez-vous déjà subi un traumatisme dentaire (fracture, coup sur les dents)? _____ oui _____ non

Avez-vous déjà subi une opération à la tête, au visage, aux maxillaires, dans la bouche? _____ oui _____ non

Avez-vous déjà eu recours à des traitements d'orthodontie? _____ oui _____ non

Avez-vous déjà fait extraire des dents pour raison d'orthodontie? _____ oui _____ non

Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche très grande? _____ oui _____ non

Est-ce que vos mâchoires "craquent"? _____ oui _____ non

Avez-vous les dents sensibles? _____ oui _____ non

HABITUDES ORALES (Cocher les habitudes que vous avez ou avez déjà eues)

Succion du pouce _____ oui _____ non Contraction des mâchoires _____ oui _____ non

Rongement des ongles _____ oui _____ non Mordillement des lèvres _____ oui _____ non

Propulsion de la langue _____ oui _____ non Grincement des dents _____ oui _____ non

Trouble de la diction _____ oui _____ non Respiration buccale _____ oui _____ non

Autres _____

HISTOIRE MÉDICALE

Nom de votre médecin de famille: _____

Date du dernier examen médical: _____

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? _____ oui _____ non

Si oui lesquels : _____

Avez-vous déjà fait une réaction allergique à un médicament, aliment, nickel, latex? _____ oui _____ non

Autres allergies _____
Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? ___ oui ___ non

Si oui, pourquoi? _____

Adolescentes: À quel âge sont apparues les premières menstruations? _____

Adolescents: À quel âge la voix a-t-elle commencé à muer? _____

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaque	___ oui ___ non	I.T.S.	___ oui ___ non
Fièvre rhumatismale, endocardite	___ oui ___ non	Diabète	___ oui ___ non
Saignements anormaux	___ oui ___ non	Troubles thyroïdiens	___ oui ___ non
Anémie	___ oui ___ non	Maladie de la peau	___ oui ___ non
Pression ___ haute ___ basse	___ oui ___ non	Problèmes oculaires	___ oui ___ non
Rhumes fréquents ou sinusites	___ oui ___ non	Arthrite	___ oui ___ non
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	___ oui ___ non	Épilepsie	___ oui ___ non
Asthme	___ oui ___ non	Maux de tête fréquents	___ oui ___ non
Ablation des adénoïdes (végétations)	___ oui ___ non	Étourdissement, évanouissement	___ oui ___ non
Porteur du virus du SIDA	___ oui ___ non	Maux d'oreilles fréquents	___ oui ___ non
Problèmes d'ordre émotionnel	___ oui ___ non	Rhumes des foins	___ oui ___ non
Troubles digestifs	___ oui ___ non	Toux persistante	___ oui ___ non
Problèmes du foie (hépatite, cirrhose)	___ oui ___ non	Mononucléose	___ oui ___ non
Troubles rénaux	___ oui ___ non	Traitements radiations/tumeurs	___ oui ___ non
Ablation des amygdales	___ oui ___ non	Scoliose	___ oui ___ non

Autres informations médicales ou dentaires _____

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris et répondu au questionnaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du parent ou du tuteur: _____ Date: _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____