



**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

TSA (Autisme) \_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non      TED, TDA, TDAH ou autres \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_