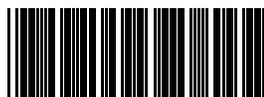


DOSSIER DENTAIRE – 1
QUESTIONNAIRE
CONFIDENTIEL



DT9134

Date de naissance			N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour		
Nom et prénom à la naissance				
Nom usuel ou nom du conjoint				
Adresse				
Code postal		Téléphone ind. rég.		Sexe
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie			Nom du médecin traitant	

Ind. rég.	N° téléphone (bureau)	N° de poste	Masse/Poids	Taille
Tuteur		Statut :		
		Marié : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre		
Référé par :				

PLAINTÉ PRINCIPALE

PROBLÈMES DE SANTÉ

Nom du médecin traitant	Ind. rég.	N° téléphone
<i>Indiquer si :</i>		
	Oui	Non
1. Vous êtes actuellement sous les soins d'un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous prenez (présentement) des médicaments ou en avez pris au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :		
3. Vous êtes enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous prenez des anovulants (pilule anticonceptionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vous avez souffert ou vous souffrez de :</i>		
5. Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saignements prolongés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haute pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problèmes pulmonaires (tuberculose...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Problèmes du foie (hépatite, virus A ou B ou C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Maladies vénériennes (MTS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Arthrite – problèmes de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Rhume des foins – asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)

Indiquer si :

27. Vous souffrez d'une ou des allergies suivantes :

	Oui	Non		Oui	Non
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Vous avez déjà eu des réactions à l'anesthésie

29. Vous avez des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)

30. Vous avez déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)

31. Vous êtes porteur du virus du sida (séropositif)

Si oui, spécifier : Avec symptômes Sans symptôme

HISTOIRE DENTAIRE

Dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois Plus de 12 mois

Traitements reçus (spécifier) :

	Oui	Non		Oui	Non
1. Démonstration d'hygiène buccale ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Prothèses complètes et/ou partielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traitement des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Traitements de chirurgie buccale ou extractions ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Implants dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Traitement de canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Radiographies dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Obturations dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Couronne(s) et/ou pont(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :		

Indiquer si :

Vous avez déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires : Non Oui

Si oui, préciser lesquelles et quand :

_____ 20 _____

_____ 20 _____

_____ 20 _____

Remarques :

Je déclare avoir répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

Signature (patient ou personne responsable) _____

Date (année, mois, jour) _____