



ORTHODONTIE CÔTE-DES-NEIGES

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE CONFIDENTIEL

Prénom : _____ Nom : _____ Sexe : F M
Adresse : _____ App. # : _____ Ville : _____
Code postal : _____ Tél. Dom. : _____ Tél. Trav. : _____ Poste : _____
Cellulaire : _____ Courriel : _____
Date de naissance (A/M/J) : _____ Âge : _____
Qui devons-nous remercier de vous avoir référé à notre clinique ? _____
Nom de votre dentiste : _____
Raison de la visite : _____

INFORMATION PARENT(S) SI MOINS DE 18 ANS

Prénom de la mère : _____ Nom de la mère : _____
Cellulaire : _____ Tél. trav. : _____ poste _____ Courriel : _____
Prénom du père : _____ Nom du père : _____
Cellulaire : _____ Tél. trav. : _____ poste _____ Courriel : _____

HISTOIRE DENTAIRE

1. Dernière visite chez votre dentiste : 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois
2. Traitements reçu(s) lors de cette visite : _____

HISTOIRE MÉDICALE

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin (médecin de famille, cardiologue, etc...) ? Oui Non
Si oui, veuillez SVP nous fournir l'information suivante :
Nom du médecin : _____
Tél : _____
2. Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? Oui Non
Si oui, veuillez SVP indiquer le nom et dose de ces médicaments si vous les connaissez : _____
3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement ? Oui Non
4. Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? Oui Non
5. Si vous êtes une femme, prenez-vous des anovulants (pilules contraceptives) ? Oui Non

AVEZ-VOUS DÉJÀ SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :

- | | | |
|---|-----|-----|
| 6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffles, etc.) | Oui | Non |
| 7. Fièvre rhumatismale | Oui | Non |
| 8. Trouble sanguin (saignements prolongés, hémophilie) | Oui | Non |
| 9. Anémie | Oui | Non |
| 10. Tension artérielle (pression) : <input type="radio"/> Haute <input type="radio"/> Basse <input type="radio"/> Normale | Oui | Non |
| 11. Rhumes fréquents ou sinusites | Oui | Non |
| 12. Tuberculose ou problèmes pulmonaires | Oui | Non |
| 13. Troubles digestifs | Oui | Non |
| 14. Ulcères d'estomac | Oui | Non |
| 15. Problème au foie (hépatite : virus A, B, C, cirrhose, etc.) | Oui | Non |
| 16. Troubles du rein | Oui | Non |
| 17. Infection transmises sexuellement (ITS) | Oui | Non |
| 18. Diabète | Oui | Non |

Verso

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| 19. Troubles thyroïdiens | Oui | Non |
| 20. Maladies de la peau | Oui | Non |
| 21. Problème oculaires (yeux) | Oui | Non |
| 22. Arthrite | Oui | Non |
| 23. Épilepsie | Oui | Non |
| 24. Troubles nerveux | Oui | Non |
| 25. Maux de tête fréquents | Oui | Non |
| 26. Étourdissements ou évanouissements | Oui | Non |
| 27. Maux d'oreilles | Oui | Non |
| 28. Rhume des foins (allergie saisonnière) | Oui | Non |
| 29. Asthme | Oui | Non |
| 30. Fumez-vous ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____ Depuis combien d'années ? _____ | |
| 31. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie pour un cancer ? | Oui | Non |
| Si oui, de quel type de cancer s'agit-il ? _____ | | |
| 32. Êtes-vous atteint du sida ? | Oui | Non |
| 33. Êtes-vous séropositif (HIV +) ? | Oui | Non |
| 34. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genoux, etc.) ? | Oui | Non |
| 35. Est-il conseillé par votre médecin de prendre des antibiotiques avant une visite chez le dentiste ? | Oui | Non |
| 36. Êtes-vous allergique ou avez-vous déjà eu une réaction adverse aux produits suivants ? | | |
| Latex <input type="radio"/> | Aliments <input type="radio"/> | Autres <input type="radio"/> |
| Pénicilline <input type="radio"/> | Iode <input type="radio"/> | Spécifiez : _____ |
| Aspirine <input type="radio"/> | Sulfamides <input type="radio"/> | _____ |
| Codéine <input type="radio"/> | Nickel <input type="radio"/> | _____ |
| Anesthésie locale <input type="radio"/> | Cuivre ou autres métaux <input type="radio"/> | |
| 38. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? | Oui | Non |
| Si oui, quand et expliquez : _____ | | |

38. SVP, veuillez nous informer de tout autre problème médical non mentionné ci-haut.

QUESTIONNAIRE ORTHODONTIQUE

1. Avez-vous déjà eu un traumatisme dentaire, facial ou crânien ?
Si oui, expliquez : _____ Oui Non
2. Grincez-vous des dents la nuit ? Oui Non
3. Avez-vous des douleurs, craquements ou autres symptômes aux articulations de la mâchoire ?
Si oui, expliquez : _____ Oui Non
4. Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ?
Si oui, quand et quel type de traitement : _____ Oui Non
5. Avez-vous déjà sucé votre pouce/doigt ? Oui Oui et a encore l'habitude Oui Non
6. Avez-vous des troubles de la parole ou de la langue ?
Si oui, expliquez : _____ Oui Non
7. Respirez-vous par... La bouche Le nez Les deux
8. Rongez-vous vos ongles ? Oui Non

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu à ce questionnaire médico-dentaire au meilleur de mes connaissances. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise l'ouverture de mon dossier dentaire ainsi que son suivi.

Date _____

Signature du patient(e) ou parent si moins de 18 ans

Tram-Anh Nguyen, DMD, MSc
Orthodontiste