

### Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements personnels et médicaux à propos de mon état de santé et de mes habitudes de vie, et que ces renseignements soient communiqués aux professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent ces renseignements à d'autres professionnels de la santé.

Signature du patient ou responsable

### Signature du dentiste sur le questionnaire:

**Le dentiste n'a pas besoin de le signer. Ce formulaire constitue une déclaration unilatérale du patient, qui y inscrit les renseignements relatifs à son état de santé. C'est donc lui seul, ou son représentant légal, qui doit obligatoirement le signer.**

**Pour sa part, le dentiste a l'obligation de lire le questionnaire. Il doit aussi s'enquérir de tous les changements à chaque visite, et le soumettre périodiquement au patient pour une révision complète. Rien ne l'empêche toutefois d'y apposer sa signature, s'il le désire.**

### Consentement et identification

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

**Signature du patient lorsqu'il remplit le formulaire pour la première fois.**

### Signature du patient

16/01/01

Signature du patient ou responsable

Date

- Patient lui-même   
Parent/tuteur (si moins de 14 ans)   
Mandataire/responsable   
Autre

M.  Mme

### Nom du patient

Nom en lettres moulées

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Signature

Date AA/MM/JJ

Signature

Signature

Date AA/MM/JJ

**C'est au patient ou à son représentant légal de remplir cette section. Il n'est pas nécessaire de demander au patient de réviser le questionnaire au complet à chaque visite. La fréquence de la révision complète du questionnaire est laissée à votre jugement. En revanche, c'est à chaque visite que vous devez vous enquérir de tous les changements à l'histoire de santé.**



**Plier ici**

**Afin que le questionnaire soit imprimé à l'endroit, veuillez sélectionner « Retourner sur les bords courts » dans vos paramètres d'impression recto-verso.**



## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Sexe F  M

Date de naissance \_\_\_\_\_ AA/MM/JJ

Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration AA/MM

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_

Tél. travail \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

**Courriel** \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, appeler \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Lien avec patient \_\_\_\_\_

Tél. principal \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

**Le courriel peut être utilisé pour des communications liées à l'objet du dossier (p.ex. confirmer un rendez-vous ou transmettre un état de compte), mais vous ne pouvez pas utiliser cette adresse pour envoyer des messages électroniques commerciaux (p. ex. rappeler aux patients de prendre un rendez-vous de suivi ou offrir des produits et services).**

### Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui \_\_\_\_\_

Craignez-vous les traitements dentaires ?

Pas du tout  Un peu  Beaucoup

Précisez \_\_\_\_\_

Dernière visite 0 – 6 mois  6 – 12 mois  + de 12 mois

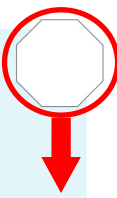
Traitement(s) reçu(s) \_\_\_\_\_ Oui Non

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ?

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ?

**Précautions opératoires — À l'usage du professionnel**

**Le dentiste peut inscrire, dans cette section, toutes les précautions requises par l'état de santé du patient. Il ne doit pas oublier, cependant, que le patient a accès au questionnaire.**



**Pictogramme qui rappelle le signal d'arrêt. Peut être utilisé comme témoin visuel en y apposant un autocollant.**

**Antécédents médicaux**

- |  | Oui                      | Non                      |                                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Raison, détails et date</b> _____ |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                                |
| 6. Êtes-vous enceinte ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                      |
| 7. Allaitiez-vous ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                      |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spécifiez _____                      |
| 9. Prenez-vous des médicaments ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                      |
| 10. Prenez-vous des anovulants <input type="checkbox"/> ou hormones <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                      |

**Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois**

Médicament et raison	Médicament et raison

**Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées**

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de peau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques			Problèmes oculaires (yeux) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection annuelle ou mensuelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies du système nerveux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système digestif .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies psychiatriques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Rhumes fréquents ou sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac    ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie ou manifestation à ces produits :		
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfamidés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Radiothérapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anesthésiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Chimiothérapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Produits contenant de l'iode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Précisez _____			Autres conditions médicales à mentionner : _____		

**Autres aspects**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ronflez-vous ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous d'apnée du sommeil ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fumez-vous ? ____ cig./jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommez-vous de l'alcool ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fréquence : ____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommez-vous des drogues ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prenez-vous de la méthadone ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Réservé au dentiste pour notes particulières**

**Le dentiste peut inscrire, dans cette section, toutes les précautions requises par l'état de santé du patient. Il ne doit pas oublier, cependant, que le patient a accès au questionnaire.**