

Centre Dentaire Stéphane Girard

Famille: _____

Vos coordonnées:

Prénom: _____

Tél.(Maison): _____

Nom: _____

Tél.(Cellulaire) _____

Date de naissance: ____/____/____ Sexe: ☐ F ☐ M

Tél (Travail): _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Courriel: _____

Cochez la méthode de confirmation de vos rendez-vous qui vous convient le mieux:

☐ Tél.(maison)

☐ Tél.(Cellulaire)

☐ Tél.(Travail)

☐ SMS

☐ Courriel

Pour un patient d'âge mineur, nom de la personne responsable: _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Lien de parenté: _____ Téléphone: _____

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire?

☐ Pages jaunes

☐ Internet

☐ Autre: _____

☐ Référé par un patient de la clinique Nom: _____

Questionnaire de santé:

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un ou des problèmes de santé suivant?

Non Oui

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ☐ | ☐ | Problème cardiaque |
| ☐ | ☐ | Infection au cœur |
| ☐ | ☐ | Maladie du sang |
| ☐ | ☐ | Haute Pression |
| ☐ | ☐ | Saignement anormal |
| ☐ | ☐ | Troubles rénaux |
| ☐ | ☐ | VIH/Sida |
| ☐ | ☐ | Problèmes de foie, estomac |
| ☐ | ☐ | Hépatite A B ou C |
| ☐ | ☐ | Diabète |
| ☐ | ☐ | Apnée du sommeil |

Non Oui

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ☐ | ☐ | Arthrite |
| ☐ | ☐ | Ostéoporose |
| ☐ | ☐ | Pertes de consciences |
| ☐ | ☐ | Épilepsie |
| ☐ | ☐ | Asthme |
| ☐ | ☐ | Problèmes respiratoires |
| ☐ | ☐ | Sinusites répétées |
| ☐ | ☐ | Problème de glande thyroïde |
| ☐ | ☐ | Tumeur bénigne ou maligne |
| ☐ | ☐ | Glaucome |
| ☐ | ☐ | Anxiété/Dépression |

Autres: _____

Avez-vous déjà reçu des traitements de radiation?

☐ Non ☐ Oui

Portez-vous un pacemaker?

☐ Non ☐ Oui

Prenez-vous des médicaments présentement?

☐ Non ☐ Oui

Lesquels: _____

Êtes-vous allergique à certains médicaments? ☐ Pénicilline ☐ Codéine ☐ Aucun

☐ Autre: _____

Fumez-vous? ☐ Non ☐ Oui Précisez: _____

Êtes-vous enceinte? ☐ Non ☐ Oui Date prévue d'accouchement: _____/_____/_____

Prenez-vous des anovulants? ☐ Non ☐ Oui

Allaitez-vous? ☐ Non ☐ Oui

Nom de votre pharmacie: _____ Téléphone: _____

Nom de votre médecin: _____ Téléphone: _____

Lieu de pratique: _____

Antécédents Dentaires

À quand remonte votre dernière visite chez un dentiste?

☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ +de 12 mois Précisez: _____

Quelles raisons vous ont empêchées de recevoir des traitements dentaires?

☐ Peur ☐ Manque de temps ☐ Coûts des traitements ☐ Manque d'intérêt

☐ Autre: _____

Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que:

Non	Oui		Non	Oui	
☐	☐	Démonstration d'hygiène buccale/dentaire	☐	☐	Chirurgie buccale
☐	☐	Détartrage sous anesthésie locale	☐	☐	Extraction dentaire
☐	☐	Grefe de gencive	☐	☐	Implant dentaire
☐	☐	Orthodontie	☐	☐	Couronne et/ou pont
☐	☐	Obturations (plombages)	☐	☐	Autre, précisez: _____

Portez-vous une prothèse partielle et/ou complète? ☐ Non ☐ Oui De quand date(nt)-elle(s)? _____

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? ☐ Non ☐ Oui

Si non, que changeriez-vous? _____

Vos dents sont-elles sensibles au froid, au chaud, au sucré ou à la mastication? ☐ Non ☐ Oui

Vos gencives sont-elles sensibles, saignent ou irritées? ☐ Non ☐ Oui

Vos mâchoires sont-elles douloureuses, craquent ou bloquent? ☐ Non ☐ Oui

Avez-vous fréquemment des maux de têtes, maux d'oreilles ou douleurs au cou? ☐ Non ☐ Oui

Avez-vous conscience de grincer ou de serrer les dents, le jour ou la nuit? ☐ Non ☐ Oui

Avez-vous des problèmes avec votre haleine? ☐ Non ☐ Oui

Je soussigné(e), déclare avoir lu et compris le questionnaire au meilleur de mes connaissances. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé et de respecter mes rendez-vous, sans quoi des frais pourront être facturés à mon dossier.

Signature du patient: _____ Date: _____/_____/_____

_____ Date _____/_____/_____

_____ Date _____/_____/_____