



DOSSIER DENTAIRE

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F Nom : Prénom :
Adresse : App. : Ville :
Code postal : Cellulaire : Tél. dom. : Travail :
Date de naissance : Jour : Mois : Année :
Courriel : Tuteur/responsable :
Assurance maladie : Expiration : /
En cas d'urgence : Nom : Tél :

HISTOIRE MÉDICALE

Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? Oui Non

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

	OUI	NON		OUI	NON
1. Trouble cardiaque?			19. Glaucome/Cataracte?		
2. Haute/Basse pression?			20. Dépression/anxiété		
3. Fièvre rhumatismale?			21. Autres désordres psychiatriques?		
4. Trouble rénal?			22. VIH/SIDA?		
5. Diabète?			23. M.T.S (maladies transmises sexuellement)?		
6. Hypoglycémie?			24. Fièvre des foins?		
7. Problème thyroïdien?			25. Allergies?		
8. Ulcère gastrique ou duodéal?			26. Avez-vous déjà eu de la chimiothérapie?		
9. Hépatite ou maladie du foie?			27. Avez-vous déjà eu de la radiothérapie?		
10. Désordre digestif?			28. Avez-vous pris de la cortisone?		
11. Anémie ou autres problèmes hématologiques?			29. Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang?		
12. Saignement anormal?			30. Prenez-vous des drogues?		
13. Accident vasculaire cérébral?			31. Faites-vous usage de drogues intraveineuses?		
14. Épilepsie?			32. Portez-vous une prothèse valvulaire?		
15. Tuberculose?			33. Portez-vous un cardiostimulateur?		
16. Asthme?			34. Quels médicaments prenez-vous présentement?		
17. Bronchite chronique?			FEMME		
18. Arthrite?			Êtes-vous enceinte?		
			Prenez-vous des anovulants?		

Depuis combien de temps avez-vous un vu dentiste?

Avez-vous présentement des problèmes ou des attentes?

Qui est votre dernier dentiste?

Qui vous a référé à notre clinique?

Détails concernant toute réponse affirmative du présent questionnaire :

DOSSIER DENTAIRE

Histoire dentaire

OUI NON

Est-ce que votre sourire est important pour vous?
Êtes-vous craintif(ve) face aux traitements dentaires?
Avez-vous déjà eu des traitements de gencives?
Est-ce que vos gencives saignent ou font mal?
Est-ce que vos dents sont sensibles au chaud, au froid, au sucré ou à la pression?
Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous déplaît dans l'apparence de vos dents?
Avez-vous des douleurs à la mâchoire?
Avez-vous des maux de tête, d'oreilles ou de cou?
Avez-vous déjà eu des traitements orthodontiques?
Avez-vous déjà eu un traitement de canal?
Avez-vous des couronnes? Des ponts?
Avez-vous des prothèses dentaires? partielle(s) Complète(s)
Utilisez-vous la soie dentaire? Brossettes inter-dentaire?
Avez-vous des réactions anormales face à l'anesthésie locale?

Merci de votre collaboration

MODIFICATION DE L'ÉTAT MÉDICAL (Réservé au personnel)

Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____
Date : _____	Date : _____

CONVENTION EN CAS DE NON-PAIEMENT DANS LES DÉLAIS IMPARTIS

CHÈQUE RETOURNÉ : Frais administratif de 20,00\$

FRAIS D'ADMINISTRATION : Frais d'administration de 50,00\$ seront applicables pour tout dossier nécessitant une démarche légale en recouvrement.

FRAIS DE DÉPISTAGE : Frais de 75,00\$ seront exigibles pour tout dossiers nécessitant une démarche auprès d'une agence spécialisée en ce domaine.

Compte tenu qu'une plage horaire vous étant réservée exclusivement, des frais de 50,00\$ vous seront facturés pour tout rendez-vous manqué ou annulé sans un avis de 48 hrs

Je déclare que les renseignements ci-haut sont vrais au meilleur de ma connaissance et m'engage par la présente de vous aviser de tout changement de mon état de santé.

J'autorise la constitution de mon dossier (diagnostic, traitements et suivis) et mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. J'ai été informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel. On m'a informé(e) aussi que mon dossier sera conservé en tout temps et que le dentiste et son personnel auxiliaire y auront seul(e) accès.

Pour une demande de transfert de dossier, une demande signée ou une demande écrite par courriel sera exigée afin de respecter la loi sur la confidentialité des informations. La clinique a 30 jours pour répondre à cette demande.

Date : _____ Signature du patient : _____