



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? Implant?
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 ou générale?

Autres aspects

Ronflez-vous?
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?
Fumez-vous? cigarettes/jour ou ex -fumeur?
Consommez-vous de l'alcool? verres /jour /sem /mois
Prenez-vous de la méthadone?

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 : _____
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

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

Signature: _____

Date: _____