

QUESTIONNAIRE MÉDICO DENTAIRE

Nom du patient: _____ Prénom: _____ Sexe: F ___ M ___
 Adresse: No _____ Rue: _____ App: _____ Ville: _____ Code Postal: _____
 Tel: Dom: (____) _____ Travail: (____) _____ Poste: _____ Cellulaire: _____
 Âge: _____ Date de naissance: Jour _____ Mois _____ Année _____ Taille: _____ Poids: _____
 Nom de la mère: _____ Tel Bur: (____) _____ Cellulaire: _____
 Nom du père: _____ Tel Bur: (____) _____ Cellulaire: _____
 Adresse (si différente): No: _____ Rue: _____ App: _____ Ville _____ Code Postal _____
 Adresse courriel: _____
 Êtes-vous responsable des honoraires ? Oui ___ Non ___
 Si non, indiquez le nom du responsable _____ Lien de parenté avec le patient: _____

Avez-vous une assurance dentaire ? Oui _____ Non _____
Nom de la personne qui vous réfère : Ami (son nom s.v.p) _____ **Dentiste:** _____ **Publicité:** _____
Nom du dentiste traitant : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Avez-vous ou avez-vous eu les maladies suivantes ?

Arthrite	oui ___ non ___	Maux d'oreilles	oui ___ non ___
Anémie	oui ___ non ___	Évanouissements	oui ___ non ___
Asthme	oui ___ non ___	Fièvre rhumatismale	oui ___ non ___
Tuberculose	oui ___ non ___	Maladie du coeur	oui ___ non ___
Diabète	oui ___ non ___	Haute ou basse pression	oui ___ non ___
Epilepsie	oui ___ non ___	Affection du rein ou du foie	oui ___ non ___
Troubles nerveux	oui ___ non ___	Trouble de la thyroïde	oui ___ non ___
Étourdissements	oui ___ non ___	Traitement de radiation (cancer)	oui ___ non ___

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin: Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, pourquoi ? _____ Nom de votre médecin: _____
 Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des derniers 6 mois ? Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, lesquels ? _____
 Avez-vous des saignements anormaux lorsque vous vous blessez? Oui ___ Non ___
 Avez-vous fréquemment des rhumes ? Oui ___ Non ___

Avez-vous été opéré pour les amygdales et/ou les adénoïdes ? _____ Si oui, quand ? _____

Êtes-vous **ALLERGIQUE** ou avez-vous eu des **réactions** défavorables à certains **médicaments ou aliments**?
Si oui, lesquels : _____

Autres renseignements pertinents: _____

HISTOIRE DENTAIRE

Date du dernier examen dentaire : _____
 Combien de fois par année le patient est-il examiné par son dentiste: _____
 Combien de fois par jour le patient brosse-t-il ses dents ? _____

OUI ou NON

Le patient a-t-il déjà eu un accident à la figure ? Oui ___ Non ___
 Avez-vous déjà subi une opération à la tête ou aux mâchoires ? Oui ___ Non ___
 Est-ce que vos mâchoires craquent ? Oui ___ Non ___
 Le patient a-t-il déjà sucé son pouce ? Oui ___ Non ___
 Le patient suce-t-il encore son pouce ? Oui ___ Non ___
 Le patient est-il conscient de son esthétique dentaire et désire-t-il la correction ? Oui ___ Non ___
 Le patient a-t-il recours aux services d'un orthophoniste ? Oui ___ Non ___
 Est-ce qu'un autre membre de la famille a déjà eu un traitement d'orthodontie ? Oui ___ Non ___
 Si oui, indiquez le nom du professionnel ayant fait la correction _____

Dr. Luigi Di Battista

Dr. Martin Rousseau

 Signature du patient OU du parent (tuteur) si mineur.

 Date