

Questionnaire Médical

Nom du patient: _____ Prénom: _____ Date de Naiss: _____ Sexe M F

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone (1) : _____ (2) : _____ Courriel: _____

Occupation : _____ En Cas d'urgence : _____

RAMQ : _____ Exp : _____ Assurance : _____

Nom et Spécialité du médecin : _____ Allergies : _____

Membre de la famille: O/N Mère : _____ Père : _____ Frère/Sœur : _____

Comment estimez-vous votre santé en général ? Excellente Bonne Passable Mauvaise

Avez-vous déjà eu :

	OUI NON			OUI NON	
1. Une hospitalisation pour une blessure ou une maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Problèmes de digestion (reflux gastrique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Une réaction allergique à :			26. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine, ibuprofène, acétaminophène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Verres de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Érythromycine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Blessures à la tête ou au cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétracycline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Problèmes neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Infections virales et feux sauvages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Bosse ou enfleure dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métaux (cobalt, nickel, inox, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Urticaire, fièvre des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Hépatite, de quel type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. des troubles cardiaques, problèmes de cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Ulcère d'estomac ou duodéal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Des problèmes de gout/odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. VIH- Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Une fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Tumeur, bosse anormales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De la haute pression sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De la basse pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Problèmes émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Un ACV (accident cérébro-vasculaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Traitements Psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Une prothèse artificielle (valve au cœur, pontage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Une médication d'antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Anémie ou autres problèmes sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Alcoolisme- toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Saignement prolonge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-Vous :		
14. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Présentement sous traitement pour une autre maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Conscient d'un changement de votre état de sante général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Troubles de sommeil ou de respiration (ronflement, sinus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Traité pour l'ostéoporose-ostéopenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Maladie de rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Souvent fatigué ou exténué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Maladie de foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Sujet à de fréquents maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jaunisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Un fumeur ou ex- fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Maladie de la glande thyroïde ou parathyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Souvent malheureux ou déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Déficience hormonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. FEMME : Prenez-vous la pilule contraceptive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cholestérol (hypercholestérolémie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. FEMME : Enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. HOMME : Avez-vous des désordres de prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Décrivez tout autre traitement médical ou chirurgie qui puisse affecter votre traitement dentaire :

Faites une liste de tous les médicaments, suppléments ou vitamines pris lors des 2 dernières années

Médicaments	Raison	Médicament	Raison
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de **6 médicaments**.

S.V.P avisez-nous s'il y a des changements dans votre histoire médicale ou dans votre médication.

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____