

Les renseignements recueillis sont strictement confidentiels. La réceptionniste se fera un plaisir de vous aider si vous le souhaitez. Veuillez svp écrire en lettres moulées.

## INFORMATION PERSONNELLE

Identité de genre \_\_\_\_\_ Pronom d'usage \_\_\_\_\_

Nom de famille, prénom \_\_\_\_\_

Adresse  
Numéro Rue Ville Province Code postal

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_  Maison  Bureau  Cellulaire

Adresse courriel \_\_\_\_\_

Mode préférable de communication  Appel  Texto  Courriel

Médecin de famille \_\_\_\_\_ Dentiste antérieur \_\_\_\_\_

Qui peut-on remercier de vous avoir référé? \_\_\_\_\_

D'autres membres de votre famille sont-ils des patients de la clinique?  Oui

Nom(s) \_\_\_\_\_

## HISTOIRE MEDICALE

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des conditions suivantes? (Cochez)

<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> Transplantation d'organe
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Hémorragie	<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire
<input type="checkbox"/> Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> Hypertension (haute pression artérielle)	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque (ex. souffle, "pacemaker")
<input type="checkbox"/> Arthrite	<input type="checkbox"/> Hyperthermie maligne	<input type="checkbox"/> Trouble des reins
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Hypotension (basse pression artérielle)	<input type="checkbox"/> Trouble du foie (ex. hépatite, cirrhose)
<input type="checkbox"/> Bronchite	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Trouble de sinus
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin	<input type="checkbox"/> Trouble mental/nerveux
<input type="checkbox"/> Complications liées à la guérison	<input type="checkbox"/> Maladie de la peau	<input type="checkbox"/> Trouble oculaire (ex. glaucome, cataracte)
<input type="checkbox"/> Dépendance de drogues ou d'alcool	<input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde (goitre)	<input type="checkbox"/> Trouble pulmonaire
<input type="checkbox"/> Diabète (Type 1)	<input type="checkbox"/> Maladie transmissible sexuellement	<input type="checkbox"/> Trouble sanguin
<input type="checkbox"/> Diabète (Type 2)	<input type="checkbox"/> Migraines	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Emphysème	<input type="checkbox"/> Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Ulcère d'estomac
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Scarlatine (fièvre)	<input type="checkbox"/> VIH ou SIDA
<input type="checkbox"/> Étourdissements/évanouissements	<input type="checkbox"/> Traitement psychiatrique	<input type="checkbox"/> Autre(s) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>

Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? .....	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Prenez-vous des médicaments avec ou sans ordonnance, vitamines, produits naturels?.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquels <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>				
Avez-vous eu une réaction anormale/allergique à un médicament (incluant anesthésie dentaire)? .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Si oui, spécifiez <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 400px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>				
Avez-vous des allergies alimentaires, au latex ou aux métaux? .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années? .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

	Yes	No
Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on déjà recommandé de prendre des antibiotiques avant un rendez-vous dentaire? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris/perdu du poids de façon excessive durant la dernière année? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous fumez, vapotez ou faites usage de d'autres formes de tabac?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisez-vous des drogues ou d'autres substances à des fins récréatives? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous prenez des pilules anticonceptionnelles?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suivi/information additionnelle: \_\_\_\_\_

---

## HISTOIRE DENTAIRE

À quand remonte votre dernier RDV dentaire? \_\_\_\_\_ Dernière radiographie? \_\_\_\_\_

À quelle fréquence vous brossez-vous les dents? \_\_\_\_\_  Manuelle  Électrique

À quelle fréquence utilisez-vous la soie dentaire? \_\_\_\_\_

	Oui	Non
Avez-vous l'habitude de voir un dentiste régulièrement? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un problème dentaire qui mérite une attention immédiate? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents qui sont sensibles? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous présentement sous les soins d'un spécialiste dentaire? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voulez-vous améliorer votre sourire ou l'apparence de vos dents? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi un traitement orthodontique? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vos gencives saignent au brossage? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que la nourriture reste prise entre vos dents? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous à l'occasion de mauvaise haleine (halitose)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de xérostomie (bouche sèche)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents familiaux de cancer buccal? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éprouvez-vous de la difficulté/douleur à mastiquer vos aliments? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre mâchoire fait des bruits à l'ouverture/fermeture/mastication? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une blessure aux mâchoires? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous l'habitude de serrer ou de grincer des dents la nuit ou le jour?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous une plaque occlusale? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ronflez ou vous souffrez d'apnée du sommeil? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous éprouvé des complications pendant ou après un traitement dentaire? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous nerveux vis-à-vis les traitements dentaires? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous éprouvé une mauvaise expérience dans une clinique dentaire? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suivi/information additionnelle: \_\_\_\_\_

---

**POLITIQUE DE LA CLINIQUE:** Des frais sont en vigueur pour tout avis d'annulation de moins de 48 heures.  
**DÉCLARATION:** Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage, par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

\_\_\_\_\_  
 Date (MM/JJ/AAAA)

\_\_\_\_\_  
 Signature (Patient ou Responsable)