

Questionnaire médico-dentaire confidentiel

Les renseignements suivants sont nécessaires pour vous assurer les meilleurs soins. Veuillez répondre à toutes les questions.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom du patient(e) : Nom : Sexe : M F
Date de naissance : Jour : Mois : Année : Âge : ans Poids : Taille :
Adresse : N° : Rue : App. : Ville : Code postal :
N° de téléphone : Domicile : Cellulaire : Travail : Poste :
Nom du père : Nom de la mère :
Nom du responsable des honoraires : Lien avec le patient :
Courriel :
Raison de la consultation :
Référé(e) par : Voulez-vous une estimation pour vos assurances? : Oui Non
Avez-vous déjà eu une consultation orthodontique? : Oui Non Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique? : Oui Non

HISTOIRE MÉDICALE

	Oui	Non		Oui	Non
Nom de votre médecin de famille : <input type="text"/>			Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :		
Date du dernier examen médical : <input type="text"/>			Troubles cardiaques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pression : <input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? <input type="text"/>			Fièvre rhumatismale ou endocardite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà été hospitalisé(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Saignements prolongés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? <input type="text"/>			Anémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu de la radiothérapie ou chimiothérapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? <input type="text"/>			Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous pris des médicaments lors des six derniers mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergies saisonnières ou rhume des foins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquels? <input type="text"/>			Rhumes fréquents ou sinusites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà pris des bisphosphonates?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toux persistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous fumeur(euse)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maux d'oreilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous enceinte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Troubles digestifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problèmes du foie (hépatite, cirrhose, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous des allergies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Troubles rénaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, veuillez indiquer lesquels : <input type="text"/>			Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Troubles de la thyroïde ou d'autres glandes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà consulté un ORL?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problèmes cutanés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? <input type="text"/>			Problèmes oculaires (glaucome, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous eu l'ablation des amygdales et/ou des adénoïdes? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arthrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, à quel âge? <input type="text"/>			Épilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà consulté en orthophonie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migraines ou maux de tête fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, pourquoi? <input type="text"/>			Étourdissements ou évanouissements fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adolescentes : Âge lors des premières règles : <input type="text"/>			Problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adolescents : Âge lors de la mue de la voix : <input type="text"/>			Infection transmise sexuellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres informations médicales pertinentes : <input type="text"/>			Porteur du VIH (séropositif)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HISTOIRE DENTAIRE

Nom de votre dentiste : <input type="text"/>			Habitudes orales :	Oui	Non
Fréquence des examens dentaires : <input type="text"/>			Grincement des dents le jour ou la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu l'une des conditions suivantes :	Oui	Non	Serrement des dents le jour ou la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accident à la tête ou à la figure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ronflement ou respiration bruyante la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatisme dentaire (fracture ou coup sur les dents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Respiration buccale le jour ou la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opération à la tête, à la figure ou aux maxillaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suction du pouce ou autre doigt après l'âge de cinq ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fracture de la mâchoire, kyste ou infection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Déglutition anormale ou propulsion linguale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Craquement au niveau des mâchoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trouble de la parole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur au niveau des mâchoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rongement des ongles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à ouvrir la bouche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mordillement des lèvres ou des joues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur ou saignement des gencives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mastication fréquente de gomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilité dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Instrument de musique à vent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres informations dentaires pertinentes : <input type="text"/>					

Par la présente, je m'engage à vous aviser de tout changement à mon état de santé. Je soussigné(e) déclare avoir compris et répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient(e) ou du parent responsable : _____

Date : _____

Nom en lettres moulées : _____

Signature de l'orthodontiste : _____

Date : _____