Précautions opératoires : à l'usage du professionnel

CÉGEP DE MATANE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE

Genre : M F autre N/A Date de naissance : ____ /____ / _____ Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : No : _____ Rue : _____ App. : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : Maison : (____) _____-_____ Cellulaire/travail : (____) _____-_____ poste _____

Occupation : _____Adresse courriel : _____ Assurance dentaire : Oui Non

De quelle façon avez-vous connu notre clinique? Facebook □ Site Internet □ Ami(e) □ Famille □ Étudiant □ Autre **:** _____

Raison de votre visite _____

HISTOIRE MÉDICALE

	Oui	Non
1. Avez-vous consulté un médecin au cours des deux dernières années? Si oui, pourquoi? _____	☐	☐
2. Prenez-vous présentement ou avez-vous pris des médicaments au cours des 12 derniers mois?.....	☐	☐
3. Prenez-vous présentement ou avez-vous pris des produits naturels, homéopathiques ou suppléments au cours des 12 derniers mois?.....	☐	☐
Femmes seulement :		
4. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous?.....	☐	☐
5. Prenez-vous des anovulants ou des hormones?.....	☐	☐

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de :

	Oui	Non
6. Troubles cardiaques (infarctus, angine, chirurgie, problème ou chirurgie valvulaire, arythmie, stimulateur cardiaque, etc.) ……..	☐	☐
7. Infection du cœur (endocardite bactérienne)……..	☐	☐
8. Tension artérielle (pression) haute ou basse…_____/_____.....	☐	☐
9. Étourdissements ou évanouissements……	☐	☐
10. Maux de tête fréquents……..…….....	☐	☐
11. Problèmes sanguins (saign. prolongés, anémie, hémophilie).....	☐	☐
12. Troubles digestifs…….....	☐	☐
13. Ulcères de l'estomac…….....	☐	☐
14. Problèmes de foie (hépatite, cirrhose, etc.)…….....	☐	☐
15. Troubles du rein…….…….....	☐	☐
16. Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)…...	☐	☐
17. Diabète…….....	☐	☐
18. Troubles de la glande thyroïde……..….....	☐	☐
19. Maladies de la peau…….....	☐	☐
20. Problèmes oculaires (yeux)…….....	☐	☐
21. Maux d'oreilles……	☐	☐
22. Problèmes auditifs…….……	☐	☐
23. Épilepsie…….....	☐	☐
24. Troubles ou maladies du système nerveux……...	☐	☐
25. Troubles ou maladies psychiatriques……..……..	☐	☐
26. Arthrite ou ostéoarthrite……..…..	☐	☐

	Oui	Non
27. Avez-vous des prothèses articulaires?……..	☐	☐
28. Ostéoporose……...	☐	☐
29. Avez-vous subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie?……..……..…….	☐	☐
30. Rhumes fréquents ou sinusite……..…..	☐	☐
31. Asthme……..…..	☐	☐
32. Ronflez-vous? ……	☐	☐
33. Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	☐	☐
34. Rhume des foins/allergies saisonnières.....	☐	☐
35. Fumez-vous (cigarette, vapotage, cannabis, etc)? …….. Si oui, depuis quand ? _____ Combien par jour? _____	☐	☐
36. Prenez-vous des drogues?.....	☐	☐
37. Faites-vous de l'apnée du sommeil? ……..….	☐	☐
38. Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaire?..... Si oui, pourquoi et quand? _____ _____	☐	☐
39. Avez-vous eu des radiographies médicales depuis les trois dernières années? ……..… Si oui, quand?_____	☐	☐
40. Avez-vous des problèmes de santé autres que ceux mentionnés précédemment? ……..…. Si oui, lesquels_____	☐	☐

41. Avez-vous déjà fait une réaction aux produits suivants?

	Oui	Non		Oui	Non
Sulfamides……...	☐	☐	Aliments……..….	☐	☐
Codéine……...	☐	☐	Pénicilline……..…	☐	☐
Anesthésie locale.	☐	☐	Aspirine…….....	☐	☐
Latex……..….	☐	☐	Produits contenant de l'iode.	☐	☐

Autres allergies : _____

HISTOIRE DENTAIRE

Date de votre dernière visite en cabinet dentaire : ____ / ____ / _____ Raison de la visite : _____

Avez-vous déjà eu les symptômes ou les traitements dentaires suivants?

	Oui	Non
1. Démonstration d'hygiène dentaire…….……	☐	☐
2. Traitement de gencives…….…….....	☐	☐
3. Traitement d'orthodontie…….……..…	☐	☐
4. Obturation (réparation)…….……..…	☐	☐
5. Couronne, pont ou traitement de canal ..……..……	☐	☐
6. Prothèse complète et/ou partielle……..…….	☐	☐
7. Traitement de chirurgie buccale ou extractions……..	☐	☐
8. Implant dentaire……..……..…….	☐	☐
9. Radiographies dentaires ……..……..……. Si oui, quand? _____ Combien? _____	☐	☐

	Oui	Non
10. Vos dents sont-elles douloureuses au chaud, au froid, au sucré, au toucher ou à la pression?..... Si oui, à quel endroit? _____	☐	☐
11. Vos gencives saignent-elles? ……..……..	☐	☐
12. Avez-vous déjà eu des traumatismes aux dents ou aux mâchoires? ……..……...	☐	☐
13.Avez-vous de la douleur à l'articulation de la mâchoire?	☐	☐
14. Souffrez-vous de sécheresse de la bouche?.....	☐	☐
15. Êtes-vous satisfait de la couleur de vos dents?.....	☐	☐
16. Pratiquez-vous un sport? …….……..	☐	☐

Veuillez indiquer le nom ou fournir une liste de tous les médicaments, y compris les anovulants et les hormones, les produits naturels, homéopathiques ou suppléments que vous prenez ou avez pris au cours des 12 derniers mois.

Nom : - **Médicament** - **Produit naturel** - **Supplément**	**À l'usage du professionnel**	
	Classe de médicament	**Raison de la prise**

Le questionnaire médical et dentaire est confidentiel. Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués. Il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient a aussi un droit d'accès et de rectification. Il permet de vous offrir les meilleurs soins possibles et de réduire les risques de complications lors des traitements.

Consentement et identification
Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts.

_____ Date : _____
Signature du client(e) (ou responsable) *(à signer lors du rendez-vous)*

_____ Client(e) □ Parent/Tuteur □ Responsable/Mandataire □ Autre □
Nom en lettre moulée

_____ _____
Signature stagiaire Signature hygiéniste dentaire

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé (médecin de famille, spécialiste, pharmacien, etc.)		
Profession	**Nom**	**Coordonnées**

Je, soussigné(e), _____, né(e) le ____ / ____ / _____, consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

_____
_ **Signature du client(e)** (ou responsable) *(à signer lors du rendez-vous)* **Date**