

Questionnaire médical

Nom du patient : _____ Prénom : _____ Date de naiss. : _____

Adresse : (no., rue) _____ (ville) _____ (code postal) _____

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

Occupation : _____ En cas d'urgence : _____

Nom et spécialité du médecin : _____

Date et raison du dernier examen médical : _____

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Arthrite _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine, ibuprofen, 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 neurologiques _____	<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 enflure dans la bouche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métaux (cobalt, nickel, inox, or, 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 vénériennes _____	<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 coeur _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. VIH-Sida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Des problèmes de goût/odorat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Tumeur, bosses anormales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Une fièvre rhumatismale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Radiothérapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La scarlatine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Chimiothérapie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De la haute pression sanguine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Problèmes émotionnels _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De la basse pression _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Traitements psychiatriques _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Un ACV (accident cérébro-vasculaire) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Une médication d'antidépresseurs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Une prothèse artificielle (valve au coeur, pontage) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Alcoolisme - toxicomanie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Anémie ou autres problèmes sanguins _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êtes-vous :		
12. Saignement prolongé _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Présentement sous traitement pour une autre maladie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Emphysème _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Conscient d'un changement de votre état de santé en général _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tuberculose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Traité pour l'ostéoporose-ostéopénie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Asthme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Souvent fatigué ou exténué _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Troubles du sommeil ou de respiration (ronflement, sinus) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Sujet à de fréquents maux de tête _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Maladie de rein _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Un fumeur ou un ex-fumeur _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Maladie du foie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Souvent malheureux ou déprimé _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jaunisse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. FEMME : prenez-vous la pilule contraceptive _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Maladie de la glande thyroïde ou parathyroïde _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. FEMME : enceinte _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Déficience hormonale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. HOMME : avez-vous des désordres de prostate _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cholestérol (hypercholestérolémie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23. Diabète _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24. Ulcère d'estomac ou duodéal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Décrivez tout autre traitement médical ou chirurgie qui pourrait affecter votre traitement dentaire

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

Médicament	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 _____