

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

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 _____