

|  |
| --- |
| **Dre Gisane Roy et Dre Valérie Leclerc** |
| **Nom:** | **Tél. rés.:** |
| **Adresse:** | **Tél. travail:**  |
| **Ville code postal :** | **Cell :** |
| **Occupation :** | **Pouvons-nous vous appeler au travail?****Oui : O Non : O** |
| **Date de naissance :** | **Confirmations de r-v par courriel? Oui O Non O** |
| **RAMQ (mineur):** | **Si oui, courriel :**  |
| **Date d’expiration :** | **Cie d'assurances:** |
| **Nom de la mère (mineur) :** | **#  Identification(Ass):** |
| **Nom du père (mineur) :** | **# Groupe(Ass):** |

1. Êtes-vous en bonne santé?
2. Avez-vous eu des changements dans votre santé depuis les deux dernières années?
3. Avez-vous eu un gain ou une perte de poids important?
4. Êtes-vous ou avez-vous été suivi(e) par un médecin depuis les deux dernières années? Si oui, pourquoi?
5. Quel est le nom de votre Docteur (e) de famille ?
6. Avez-vous eu une opération ou une maladie grave, une hospitalisation?

En quelle année? SVP, expliquez :

1. Prenez-vous des médicaments incluant de l’aspirine, un antihistaminique, des anovulants ou autres? SVP, écrivez en détail le nom et la dose de toute médication que vous prenez :
2. Prenez-vous ces médicaments tels que prescrits?
3. Prenez-vous des produits naturels? Si oui, lesquels?
4. Encerclez chacun des items en répondant par oui ou non :

Oui Non Allergie à l’alcool

Oui Non Anémie, examens sanguins anormaux

Oui Non Arthrite

Oui Non Asthme, emphysème pulmonaire, fièvre des foins (soulignez SVP)

Oui Non Besoin d’uriner fréquemment

Oui Non Bouche sèche

Oui Non Cancer

Oui Non Chimiothérapie et/ou radiothérapie (soulignez SVP)

Oui Non Consommation de boisson gazeuse

Oui Non Déjà été traité(e) pour une parodontite

Oui Non Diabète ou hypoglycémie (soulignez SVP)

Oui Non Endocardite bactérienne

Oui Non Épilepsie

Oui Non Étourdissements ou perte de conscience (soulignez SVP) **Verso SVP**

Oui Non Fièvre rhumatismale

Oui Non Glaucome

Oui Non MTS ou maladies vénériennes, SIDA ou VIH positif (soulignez SVP)

Oui Non Remplacement de joint artificiel

Oui Non Saignements anormaux, guérison prolongée, contusions faciles (soulignez SVP)

Oui Non Souffle au cœur, douleur à la poitrine, avez-vous déjà eu angine/infarctus (soulignez SVP)

Oui Non Stimulateur cardiaque

Oui Non Toux persistante avec expectorations sanguines

Oui Non Troubles du foie (hépatite, cirrhose) ou des reins (soulignez SVP)

Oui Non Troubles nerveux

Oui Non Troubles de la prostate

Oui Non Troubles de la thyroïde

Oui Non Tuberculose

Oui Non Ostéoporose

Oui Non Ulcère ou autres troubles digestifs

Oui Non Usage d’alcool ou usage de drogue (soulignez SVP)

Oui Non Valve cardiaque artificielle/endommagée, valve mitrale

Oui Non Autres :

1. Êtes-vous allergique ou avez-vous des réactions à :

Oui Non Aliments, lesquels?:

Oui Non Anesthésie locale

Oui Non Aspirine

Oui Non Barbituriques, sédatifs, somnifères

Oui Non Codéine

Oui Non Iode

Oui Non Pénicilline, Sulpha ou autres antibiotiques, lesquels?

 Autres :

1. Saignez-vous anormalement lors d’une blessure ou d’un traumatisme? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Avez-vous besoin de transfusion sanguine? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà eu des problèmes sérieux avec des traitements dentaires? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Avez-vous des maladies et/ou des problèmes sérieux non mentionnés sur cette liste? Fumez vous?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si oui, combien de paquets par semaine? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Êtes-vous enceinte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si oui, depuis combien de semaines? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quelle phrase vous représente le mieux?

1. Je veux faire ce qui est urgent pour que ça coûte moins cher.
2. J’ai besoin qu’on me rassure car les soins dentaires m’inquiètent.
3. Pour moi l’esthétique est très importante, je veux un beau sourire.
4. Je veux connaître toutes les options possibles afin de faire un choix éclairé.
5. Je veux régler mon problème définitivement, alors je veux qu’on m’offre les traitements les plus durables.

**Consentement du patient (de la patiente)**

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m’être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médical au mieux de ma connaissance. Je m’engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J’autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m’a informé(e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le(les) dentiste(s) et que son (leur) personnel auxiliaire y auront seuls accès. On m’a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d’y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Signature du patient(e) ou responsable Date

Signature du (de la) dentiste Date