

### Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je 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 patient ou responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Consentement et identification

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient ou responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

M.  Mme

Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_

Patient lui-même

Parent/tuteur (si moins de 14 ans)

Mandataire/responsable

Autre

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC



Ordre des dentistes  
du Québec

## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE 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 y a aussi un droit d'accès et de rectification.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Sexe F  M

Date de naissance AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration JJ/É/AN \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui \_\_\_\_\_

Craignez-vous les traitements dentaires ?

Pas du tout  Un peu  Beaucoup

Précisez \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_

Tél. travail \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, appeler :

Nom \_\_\_\_\_

Lien avec patient \_\_\_\_\_

Tél. principal \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

Dernière visite 0 - 6 mois  6 - 12 mois  + de 12 mois

Traitement(s) reçu(s) \_\_\_\_\_ Oui Non

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ?

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complications médicales. Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.



**Précautions opératoires — À l'usage du professionnel**

**Antécédents médicaux**

Oui Non

1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?  Oui  Non **Raison, détails et date** \_\_\_\_\_
2. Êtes-vous suivi par un médecin ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
6. Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
7. Allaitiez-vous ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?  Oui  Non **Spécifiez** \_\_\_\_\_
9. Prenez-vous des médicaments ?  Oui  Non \_\_\_\_\_
10. Prenez-vous des anovulants  ou hormones  ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois**

Médicament et raison	Médicament et raison

**Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées**

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maladies de peau _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conditions cardiaques			Problèmes oculaires (yeux) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maux d'oreilles _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infection du cœur (endocardite) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arthrite _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ostéoporose _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="radio"/> basse <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étourdissements, évanouissements _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Injection annuelle ou mensuelle _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux de tête fréquents _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Douleur chronique _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Épilepsie _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Troubles ou maladies du système nerveux _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles ou maladies du système digestif _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Troubles ou maladies psychiatriques _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Précisez _____			Rhumes fréquents ou sinusite _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles d'estomac    ulcère <input type="radio"/> reflux <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du rein _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthme _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles thyroïdiens _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergie ou manifestation à ces produits :		
Cancer (tumeur) Précisez: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latex <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiothérapie _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pénicilline <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chimiothérapie _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autres antibiotiques <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Codéine <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aspirine <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Précisez _____			Autres conditions médicales à mentionner : _____		

**Autres aspects**

- Ronflez-vous ?  Oui  Non
- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?  Oui  Non
- Fumez-vous ? \_\_\_\_ cig./jour ou ex-fumeur
- Consommez-vous de l'alcool ?  Oui  Non
- Fréquence : \_\_\_\_ verres  /jour  /sem.  /mois
- Consommez-vous des drogues ?  Oui  Non
- Prenez-vous de la méthadone ?  Oui  Non

**Réservé au dentiste pour notes particulières**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_