

Questionnaire médico-dentaire

Les renseignements suivants sont essentiels pour vous assurer les meilleurs soins possibles.
Prière de répondre à toutes les questions. Ce document demeure confidentiel.



Informations générales

Nom du patient(e) : _____ Prénom: _____ Sexe M F
Âge: _____ Date de naissance: Jour _____ Mois _____ Année _____ Poids: _____ Taille: _____
Occupation: _____ École: _____ Niveau: _____
Adresse: No _____ Rue _____ Apt _____ Ville : _____ Code postal: _____
Tél.: Domicile: _____ Travail: _____ Cellulaire: _____
Responsable des honoraires: _____ Lien avec le patient: _____
Adresse courriel du responsable: _____
Avez-vous un plan d'assurance dentaire couvrant l'orthodontie? Oui Non
Vous êtes référés à notre clinique par: _____

Raison de la consultation:

Histoire dentaire

Nom et adresse de votre dentiste actuel: _____
Fréquence des examens chez le dentiste: _____ Oui Non
Avez-vous déjà consulté en orthodontie? Oui, quand? _____ Non Avez-vous déjà eu un accident à la tête/figure?
Avez-vous reçu des traitements d'orthodontie? Oui, quand? _____ Non Avez-vous déjà subi un traumatisme dentaire
(fracture, coup sur les dents, etc.)?
Habitudes orales
Succion du pouce (doigts) Mordillement des lèvres ou joues Avez-vous déjà subi une opération à la tête,
à la figure, aux maxillaires, dans la bouche?
Rongement des ongles Mastication fréquente de gomme Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche?
Respiration buccale Serrement des dents (jour/nuit) Est-ce que vos mâchoires « craquent »?
Propulsion de la langue Grincement des dents (jour/nuit) Est-ce que vos gencives saignent?
Autre _____

Histoire médicale

Nom et adresse de votre médecin de famille: _____
Date de votre dernier examen médical: _____
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Oui Non
Si oui, pourquoi? _____
Avez-vous déjà été **hospitalisé(e)**? Oui Non
Si oui, pourquoi? _____
Êtes-vous fumeur? Oui Non
Êtes-vous enceinte? Oui Non
Prenez-vous des **médicaments** ou produits naturels, ou en avez-vous pris lors des 6 derniers mois? Oui (indiquer lesquels) Non
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle? Oui Non
Avez-vous déjà fait une **réaction allergique** à un médicament, aliment ou autre substance? Oui (indiquer lesquels) Non
 Pénicilline Autre médicament : _____
 Autre : _____
Avez-vous déjà consulté en ORL? Oui, quand? _____ Non
Ronflez-vous ou souffrez-vous d'apnée du sommeil? Oui Non
Avez-vous déjà subi l'ablation des amygdales et/ou des adénoïdes?
 Oui : Âge lors de l'opération : _____ Non
Avez-vous déjà consulté en orthophonie? Oui Non
Si oui, pourquoi? _____
Croissance : Adolescents: Âge lors des premières règles: _____
Adolescents: Âge lors de la mue de la voix: _____

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :	Oui	Non
Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pression <input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale, endocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements prolongés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies saisonnières, à la poussière ou à des animaux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux persistante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles avec la thyroïde ou d'autres glandes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (glaucome, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissement, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection transmise sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porteur du virus HIV (séropositif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitements de radiation pour tumeur ou autre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre information médicale ou dentaire pertinente: _____

Je, soussigné(e), déclare avoir compris et répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

Signature: _____ Date: _____ Signature Dr Quintin: _____

Nom en lettres moulées si signature par parent ou tuteur: _____