

# Questionnaire médico-dentaire

Les renseignements suivants sont essentiels pour vous assurer le meilleur traitement possible.  
Prière de répondre à toutes les questions. Ce document demeure **confidentiel**.

## Informations générales

Nom du (de la) patient(e) : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexe  M  F Poids: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ École: \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_  
Adresse: No \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ Apt : # \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél.: **Domicile** : \_\_\_\_\_ **Travail**: \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ **Cellulaire**: \_\_\_\_\_  
**COURRIEL** : \_\_\_\_\_

Responsable des honoraires: \_\_\_\_\_ Lien avec le patient: \_\_\_\_\_ **Reçus pour assurance**  Oui  Non

**Raison de la consultation** : \_\_\_\_\_ **Vous êtes référé à notre clinique par**: \_\_\_\_\_

## Histoire dentaire

Nom et adresse de votre dentiste actuel: Dr \_\_\_\_\_  
Dernière visite chez le dentiste:  0-6 mois  6-12 mois  + 12 mois  
Nombre de radiographies dentaires depuis deux ans: \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà consulté en orthodontie?  Oui  Non Quand? \_\_\_\_\_  
Jouez-vous d'un instrument de musique?  Oui  Non Lequel? \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà eu un accident à la tête ou à la figure? .....  Oui  Non  
Avez-vous déjà subi un traumatisme dentaire  
(fracture, coup sur les dents, etc.)? .....  Oui  Non  
Avez-vous déjà subi une opération à la tête, à la figure,  
aux maxillaires, dans la bouche? .....  Oui  Non  
Avez-vous déjà eu recours à des traitements d'orthodontie? .....  Oui  Non  
Avez-vous déjà fait extraire des dents pour raison d'orthodontie? .....  Oui  Non  
Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche? .....  Oui  Non  
Est-ce que vos mâchoires « craquent »? .....  Oui  Non  
Est-ce que vos gencives saignent? .....  Oui  Non  
Avez-vous les dents sensibles? .....  Oui  Non  
**Habitudes orales (cocher si habitudes présentes)**  
Succion du pouce (doigts)  Mordillement des lèvres   
Propulsion de la langue  Rongement des ongles   
Respiration buccale  Serrement des dents   
Troubles de diction  Grincement des dents   
Autre

## Histoire médicale

Nom et adresse de votre médecin de famille: Dr \_\_\_\_\_  
Date de votre dernier examen médical: \_\_\_\_\_ Oui Non  
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? .....  Oui  Non  
Dans l'affirmative, pourquoi? \_\_\_\_\_  
Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris lors des 6 derniers  
mois? Si oui, lesquels? .....  Oui  Non  
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle? .....  Oui  Non  
Adolescentes: À quel âge sont apparues les premières menstruations? \_\_\_\_\_  
Adolescents: À quel âge la voix a-t-elle commencé à muer? \_\_\_\_\_  
Êtes-vous enceinte? .....  Oui  Non  
Êtes-vous fumeur? .....  Oui  Non  
Avez-vous déjà fait une réaction allergique à un  
**médicament, aliment, nickel** ou autre substance? .....  Oui  Non  
Si oui, précisez: \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? .....  Oui  Non  
Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert des conditions ci-bas?</b>	Oui	Non		Oui	Non
Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie vénérienne (MTS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale, endocardite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements prolongés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de la peau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pression: ..... haute <input type="checkbox"/> ..... basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes oculaires (yeux) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablation des amygdales ou adénoïdes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étourdissement, évanouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porteur du virus HIV (séropositif) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toux persistante .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes du foie (hépatite, cirrhose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucléose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux .....	<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 lu, compris et répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

Signature (**Patient ou responsable**): \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

Nom en lettre moulées \_\_\_\_\_

**Initiale : Dr JMD:**

