

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom du patient _____ Âge _____

Nom du médecin et sa spécialité _____

Date de l'examen médical le plus récent _____ Raison _____

Comment percevez-vous votre état de santé général? Excellent Bon Passable Médiocre

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

OUI NON

OUI NON

<p>1. Hospitalisation en raison de maladie ou blessure <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>2. Une réaction allergique à :</p> <p style="padding-left: 20px;">Aspirine, ibuprofène, acétaminophène <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Pénicilline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Tétracycline <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Codéine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Anesthésie locale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Fluor <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Métaux (cobalt, nickel, inox, or, etc.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Latex <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p style="padding-left: 20px;">Autres médicaments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>3. Problèmes cardiaques ces six derniers mois <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>4. Antécédents d'endocardite infectieuse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>5. Valve cardiaque artificielle, anomalie cardiaque réparée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>6. Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>7. Prothèse artificielle (valve cardiaque) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>8. Scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>9. Hypertension ou hypotension <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>10. Accident vasculaire cérébral (prise d'anticoagulants) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>11. Anémie ou autre trouble sanguin <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>12. Saignement prolongé suite à une petite coupure <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>13. Emphysème, sacroïdose <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>14. Tuberculose <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>15. Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>16. Troubles respiratoires ou troubles du sommeil <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>17. Maladie rénale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>18. Maladie du foie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>19. Jaunisse <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>20. Maladie de la thyroïde, de la parathyroïde <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>21. Déficience hormonale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>22. Cholestérol élevé ou prise de statines <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>23. Diabète (HbA1c= _____) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>24. Ulcère duodéal ou à l'estomac <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>25. Trouble digestif (reflux gastrique) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>26. Ostéoporose (prise de bisphosphonates) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>27. Arthrite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>28. Glaucome <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>29. Verre de contact <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>30. Blessures du cou ou de la tête <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>31. Épilepsie, convulsions <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>32. Problèmes neurologiques (trouble de l'attention) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>33. Infections virales et boutons de fièvre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>34. Enflures dans la bouche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>35. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>36. Maladie transmissible sexuellement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>37. Hépatite (type _____) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>38. VIH / SIDA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>39. Tumeur, grosseur anormale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>40. Radiothérapie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>41. Chimiothérapie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>42. Problème affectif <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>43. Traitement psychiatrique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>44. Médicament d'antidépresseur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>45. Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>ÊTES-VOUS :</p> <p>46. Actuellement traité(e) pour une maladie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>47. Conscient(e) d'un changement de votre état de santé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>48. Sous médication pour perdre du poids (fen-phen) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>49. Sous supplément diététique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>50. Souvent fatigué(e) ou épuisé(e) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>51. Sujet(te) à des maux de tête fréquents <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>52. Fumeur (euse) ou ancien fumeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>53. Considéré(e) susceptible <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>54. Souvent malheureux (euse) ou déprimé(e) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>55. FEMME sous pilule contraceptive <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>56. FEMME enceinte <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>57. HOMME troubles de la prostate <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Répertoriez tous les médicaments, suppléments et vitamines pris ces deux dernières années :

Signature du patient : _____ Date : _____

Signature du dentiste : _____ Date : _____



HISTORIQUE DENTAIRE

Référé(e) par : _____ Comment évaluez-vous l'état de votre bouche? Excellent Bon Passable Médiocre

Dentiste précédent _____ Depuis combien de temps? _____

Dernier examen dentaire? _____ Date des dernières radios : _____ Je vois mon dentiste tous les : _____

QUEL EST VOTRE SOUCI IMMÉDIAT? : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS



- | | | OUI | NON |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous craintif(ve) face aux traitements dentaires? Sur une échelle de 1 (pas beaucoup) à 10 (beaucoup)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience chez le dentiste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà eu des complications avec un traitement dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà eu de la difficulté à geler ou avez-vous déjà eu des réactions suite à l'anesthésie locale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique, porté un appareil orthodontique ou une correction de l'occlusion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous déjà fait extraire des dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CARACTÉRISTIQUE DU SOURIRE



- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Aimeriez-vous changer quelque chose au niveau de l'apparence de vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà blanchi vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou gêné par l'aspect de vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous déjà été déçu(e) par les résultats de traitements dentaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE



- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Avez-vous déjà eu ou avez-vous des problèmes d'articulations de la mâchoire? (douleur, bruit, limitation d'ouverture de la bouche, blocage, craquement, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous déjà eu ou avez-vous des problèmes à mâcher de la gomme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Avez-vous déjà eu ou avez-vous des difficultés à mastiquer des aliments durs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Est-ce qu'au cours des 5 dernières années, vos dents ont changé, raccourci, réduit en épaisseur ou se sont usées? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Est-ce que vos dents sont trop serrées ou trop espacées? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Pour que vos dents s'ajustent ensemble, avez-vous plus d'une façon de croquer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Est-ce qu'il vous arrive de croquer des glaçons, ronger vos ongles, utiliser vos dents pour tenir des objets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Est-ce que vous serrez les dents durant le jour ou est-ce que vous faites en sorte de les rendre douloureuses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Avez-vous des problèmes de sommeil ou de réveil avec une prise de conscience de vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Portez-vous ou avez-vous déjà porté un appareil dentaire ou une plaque occlusale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

STRUCTURE DES DENTS



- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Avez-vous déjà eu des caries dentaires, ces 3 dernières années? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Est-ce que la quantité de salive dans votre bouche semble insuffisante ou avez-vous de la difficulté à avaler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Est-ce que vous sentez ou remarquez des trous (petits cratères, puits) sur la surface mordante de vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Avez-vous des dents sensibles au chaud, au froid, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser certaines parties de votre bouche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près du bord de la gencive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Avez-vous déjà eu des dents cassées, ébréchées, mal aux dents ou un plombage fissuré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Avez-vous des aliments qui restent coincés entre les dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GENCIVE ET OS



- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Est-ce que vos gencives saignent lorsque vous brossez vos dents ou passez la soie dentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Avez-vous déjà été traité(e) pour une maladie des gencives ou vous a-t-on déjà mentionné que vous avez une perte osseuse autour de vos dents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Avez-vous remarqué un goût ou une odeur désagréable dans votre bouche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Avez-vous des antécédents familiaux de maladie de gencive (parodontie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Avez-vous déjà eu ou avez-vous des récessions gingivales (déchaussement)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Avez-vous déjà eu des dents branlantes sans que cela ne soit causé par une blessure ou de la difficulté à manger un pomme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature du patient

Date

Signature du dentiste

Date