



Numéro du Patient

INFORMATION DU PATIENT

Nom _____ Prénom _____

Adulte Enfant Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone: Dom. _____ Bur. _____

Cellulaire _____ Pagette _____

Adresse internet _____

No. d'ass. maladie _____ Exp. _____

Acceptez-vous une communication SMS et courriel? Non Oui

En cas d'urgence, contactez:

Nom _____ Lien _____

Téléphone: Dom. _____ Bur. _____

Meilleur moment pour vous contacter:

À tout moment Jour Soir Fin de semaine

Occupation _____

Référé par _____

PERSONNE RESPONSABLEMoi-Même *Conjoint(e) *Autre

*S.V.P. Complétez les informations suivantes

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Occupation _____ N.A.S. _____

Téléphone: Dom. _____ Bur. _____

Est-ce que cette personne est patient à notre clinique? Oui Non **ASSURANCE DENTAIRE**

Nom de l'assuré(e) _____

Date de naissance de l'assuré(e) _____

Compagnie d'assurance _____

No. de groupe ou de police _____

No. de certificat ou d'identification _____

AUTORISATION

J'autorise mon dentiste à envoyer électroniquement ma réclamation à ma compagnie d'assurance.

J'autorise ma compagnie d'assurance à régler directement les frais envoyés électroniquement à mon dentiste traitant.

Signature du patient ou responsable_____
Date**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur 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, son suivi, ainsi que 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 seul(s) le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) 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.

J'autorise mon dentiste à communiquer mes informations médicales à un autre professionnel de la santé si ma condition médicale le requiert.

Signature _____ Date _____
Patient ou responsable

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature _____ Date _____
Dentiste traitant (S.v.p. Voir au verso)**Veuillez imprimer ce document et remplir les informations**

Une fois le document remplis vous pouvez:

- Le faxer au [450] 491-2688 ou
- l'apporter avec vous lors de votre premier rendez-vous

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Nom / Numéro du Patient



CLINIQUE
DENTAIRE
DICKNER

- | | | Oui | Non | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Souhaitez-vous parler en privé avec votre dentiste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Êtes-vous enceinte?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. Allaitiez-vous? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9. Prenez-vous des <input type="checkbox"/> anovulants <input type="checkbox"/> des hormones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. Prenez-vous des médicaments?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

MÉDICATION PRISE EN CE MOMENT OU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Veillez cocher ✓ OUI ou NON pour chacune des conditions actuelles ou passées.

- | | | Oui | Non | | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Problèmes sanguins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maladies de la peau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hémophilie, anémie, saignements prolongés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes oculaires (yeux) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conditions cardiaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maux d'oreille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarctus, angine, chirurgie, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection au coeur (endocardite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Étourdissements, évanouissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie pour poser ou réparer valve | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles thyroïdiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tension artérielle (pression) <input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles ou maladie du système digestif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles ou maladie du système nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Précisez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles ou maladie psychiatrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles d'estomac <input type="checkbox"/> ulcère <input type="checkbox"/> reflux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles de développement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du rein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles de l'attention / hyperactivité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhumes fréquents ou sinusites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ostéoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rhume des foins / allergies saisonnières | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prévention/ traitement (comprimés) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculose / problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Injection annuelle ou mensuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer (tumeur) Précisez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fumez-vous? ____ cig./jour <input type="checkbox"/> Ex-fumeur..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consommez-vous des drogues?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prenez-vous de la méthadone?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infections transmises sexuellement et par le sang..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consommez-vous de l'alcool? ____ verre/ <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> semaine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIES OU MANIFESTATIONS À CES PRODUITS

	OUI	NON
Pénicilline		
Sulfamides		
Autres Antibiotiques		

	OUI	NON
Anesthésiques		
Latex		
Iode		

	OUI	NON
Codéine		
Aspirine		
Aliments		

Signature: _____ Date: _____ Dentiste: _____

- Patient Parent/Tuteur Mandataire/Responsable Autre

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

Signature: _____ Date: _____ Signature: _____ Date: _____
 Signature: _____ Date: _____ Signature: _____ Date: _____
 Signature: _____ Date: _____ Signature: _____ Date: _____

Veillez imprimer ce document et remplir les informations

Une fois le document remplis vous pouvez:

- Le faxer au (450) 491-2688 ou
- l'apporter avec vous lors de votre premier rendez-vous

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Nom / Numéro du Patient

1. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste pour un examen complet et minutieux? _____
2. Avez-vous déjà eu des traitements dentaires tels que?

	Oui	Non		Oui	Non
1. Démonstration d'hygiène buccale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Couronnes / ponts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traitements de gencive (curetage, greffes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Prothèses complètes / partielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Orthodontie (appareils, broches).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Chirurgies / extractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Traitement de canal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Implants dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Obturations (plombages).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Radiographies dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Raison de la visite d'aujourd'hui: _____
4. A votre dernier examen, est-ce qu'il y avait certains travaux à faire qui n'ont pas été complétés? _____
5. Pour quelle raison avez-vous décidé de changer votre dentiste? _____
6. **Les dents:** Avez-vous des dents sensibles au : chaud froid acides agrumes à la pression à la mastication
7. **Entre les dents:** Arrive t-il que des aliments restent coincés entre les dents ou que la soie dentaire accroche ou déchire? Non Oui
8. **Les gencives:** Est-ce que vos gencives saignent au brossage ou avec la soie dentaire? Non Oui
9. **Habitudes d'hygiène:** Brossage: _____ Soie dentaire: _____
10. **Xérostomie:** Souffrez-vous de sécheresse buccale? Non Oui
11. **Parafonction:** Avez-vous l'impression de serrer ou de grincer des dents ou encore que vos dents ne ferment pas égales? Non Oui
12. Avez-vous des maux de tête ou des migraines régulièrement? Non Oui
13. Avez-vous des douleurs au niveau du cou? Non Oui
14. Êtes-vous suivi par un chiro physio ostéopathe massothérapeute pour vos douleurs? Non Oui
15. **Articulation:** Est-ce que votre mâchoire bloque lorsque vous mangez, baillez mastiquez? Non Oui
16. **Esthétique:** Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents ou y a t-il quelque chose que vous aimeriez changer? Non Oui

17. **Couleur:** Avez-vous déjà eu un traitement de blanchiment? Non Oui
Êtes-vous satisfait de la couleur de vos dents? Non Oui
18. **Ronflement:** Ronflez-vous? Non Oui Souffrez-vous d'apnée du sommeil? Non Oui
19. **Haleine:** Êtes-vous confiant de votre haleine? Non Oui
20. **Sport de contact:** Pratiquez-vous un sport de contact? Non Oui
21. **Anxiété:** Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'anxiété face à la dentisterie? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. **Objections:** Qu'est-ce qui vous empêche de venir régulièrement chez le dentiste? Peur de la douleur Intérêt Coûts Non disponible
23. Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre santé dentaire maintenant? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
à combien aimeriez-vous qu'elle soit? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24. Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé:
Médecin de famille: _____ Téléphone: _____
Médecin spécialiste: _____ Téléphone: _____
Pharmacie: _____ Téléphone: _____
Signature: _____

Veuillez imprimer ce document et remplir les informations

Une fois le document remplis vous pouvez:

- Le faxer au [450] 491-2688 ou
- l'apporter avec vous lors de votre premier rendez-vous