

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Tel. Dom. : \_\_\_\_\_ trav. : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_  
 N° ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_  
 En cas d'urgence, contacter : \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :		OUI	NON			OUI	NON
1. Hospitalisation en raison de maladie ou de blessure.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ostéoporose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Une réaction allergique à			24. Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> aspirine, ibuprofène, acétaminophène, codéine			25. Glaucome.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> pénicilline			26. Problèmes oculaires (yeux) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> érythromycine			27. Blessure au cou ou à la tête.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> tétracycline			28. Épilepsie, convulsions.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> sulfamide			29. Problèmes neurologiques (Trouble de l'attention).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> anesthésique local			30. Infections virales et boutons de fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> fluorure			31. Bosses ou enflures dans la bouche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> métaux (nickel, or, argent, .....			32. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> latex			33. Infections transmissibles sexuellement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> autre.....			34. Hépatite (Type.....) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. VIH/ SIDA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Tumeur, cancer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Maladies de la peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Tensions artérielle (Pression) : <input type="checkbox"/> Haute <input type="checkbox"/> Basse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Radiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Accident cérébro-vasculaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Chimiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Anémie ou autres problèmes sanguins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Rhumes fréquents ou sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Saignement prolongé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Maladies psychiatriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Emphysème.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Alcoolisme/ toxicomanie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Tuberculose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÊTES-VOUS :				
12. Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Actuellement traité pour une autre maladie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Troubles respiratoire ou troubles du sommeil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Conscient d'un changement de votre santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Problèmes de foie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Sous médicament pour perdre du poids.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Troubles du rein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Sous supplément diététique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. Jaunisse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Souvent fatigué ou épuisé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. Troubles thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Sujet à des maux de têtes fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. Déficiences hormonales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Fumeur ou ancien fumeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19. Cholestérol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Souvent malheureux ou déprimé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20. Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. FEMME – enceinte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21. Ulcère d'estomac ou duodéal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. FEMME - prenez-vous des anovulants.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22. Troubles digestifs (reflux gastrique).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. HOMME – troubles de la prostate.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Autres renseignements pertinents

---



---



---

Répertoriez tous les médicaments, suppléments et vitamines pris au cours des 6 derniers mois.

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Merci de nous aviser de tout changement.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Comment évaluez-vous l'état de votre bouche ?  Excellent  Bon  Passable  Négligé

Je vois mon dentiste tous les  3 mois  6 mois  12 mois  + de 12 mois

Nom de votre ancien dentiste : \_\_\_\_\_

Quel est votre souci immédiat ? \_\_\_\_\_

**Veillez répondre par oui ou par non à ce qui suit :**

**OUI NON**

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Craignez-vous les traitements dentaires ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire désagréable ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà eu des complications lors de vos traitements dentaires ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà eu une réaction lors d'anesthésie locale ou de la difficulté à être anesthésié ? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, reçu un traitement orthodontique ou une correction de l'occlusion ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous déjà eu des dents extraites ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## GENCIVE ET OS



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Est-ce que votre gencive saigne lors du brossage ou au passage de la soie dentaire ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà été traité pour une maladie de gencive ou vous a-t-on dit que vous avez un problème avec l'os de support des dents ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous remarqué un goût ou une odeur désagréable dans votre bouche ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. À votre connaissance, y-a-t-il un membre de votre famille qui a déjà eu une maladie de gencive ? .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Avez-vous déjà remarqué la présence de déchaussement ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous déjà eu des dents branlantes ou de la difficulté à manger une pomme ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## STRUCTURE DES DENTS



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. Avez-vous eu des caries durant les 5 dernières années ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. La quantité de salive dans votre bouche semble-t-elle trop faible ou avez-vous de la difficulté à avaler les aliments ? .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Remarquez-vous des trous, de l'usure, des cratères, de la corrosion ou de la décoloration sur la surface de vos dents ? .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Vos dents sont-elles sensibles au froid, au chaud, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser à certains endroits ? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près de la gencive ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Avez-vous déjà eu des dents brisées, ébréchées, un mal de dents ou un plombage fissuré ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Des aliments restent-ils pris entre vos dents ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE



- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 21. Avez-vous remarqué des craquements, bruits ou douleur à l'articulation ? .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Avez-vous de la difficulté à mâcher de la gomme ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Avez-vous de la difficulté à manger des bagels, des baguettes ou autres aliments durs ? .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Vos dents ont-elles changé au cours des dernières années ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Vos dents sont-elles trop serrées ou trop écartées ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pour que vos dents ferment ensemble, avez-vous plus d'une manière de fermer ? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles ou avez-vous d'autres habitudes orales ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Serrez-vous les dents durant la journée ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Avez-vous des problèmes de sommeil ? Votre mâchoire ou vos dents sont-elles sensibles au réveil ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Avez-vous déjà porté ou portez-vous un appareil pour l'occlusion ? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE



- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents ? .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Avez-vous déjà blanchi vos dents ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Avez-vous déjà été mal à l'aise ou gêné par l'apparence de vos dents ? .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Avez-vous déjà été déçu par le résultat de traitements dentaires antérieurs ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du dentiste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_