

# Questionnaire médical

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naiss. : \_\_\_\_\_

Adresse : (no., rue) \_\_\_\_\_ (ville) \_\_\_\_\_ (code postal) \_\_\_\_\_

Téléphone : (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ En cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Nom et spécialité du médecin : \_\_\_\_\_

Date et raison du dernier examen médical : \_\_\_\_\_

Comment estimez-vous votre santé en général ?  excellente  bonne  passable  mauvaise

**Avez-vous déjà eu :**

- |   | OUI                      | NON                      |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Une hospitalisation pour une blessure ou une maladie _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Problèmes de digestion (reflux gastrique) _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une réaction allergique à :  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Arthrite _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirine, ibuprofen, acétaminophène _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Glaucome _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pénicilline _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Verres de contact _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Érythromycine _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Blessures à la tête ou au cou _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tétracycline _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Épilepsie ou convulsions _____                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codéine _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Problèmes neurologiques _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anesthésie locale _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Infections virales et feux sauvages _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fluor _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Bosse ou enflément dans la bouche _____                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Métaux (cobalt, nickel, inox, or, etc.) _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Urticaire, fièvre des foins _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Maladies vénériennes _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres médicaments _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Hépatite, de quel type _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Des troubles cardiaques, problèmes de coeur _____                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. VIH-Sida _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Des problèmes de goût/odorat _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Tumeur, bosses anormales _____                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Une fièvre rhumatismale _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. Radiothérapie _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. La scarlatine _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Chimiothérapie _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. De la haute pression sanguine _____                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Problèmes émotionnels _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. De la basse pression _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Traitements psychiatriques _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Un ACV (accident cérébro-vasculaire) _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. Une médication d'antidépresseurs _____                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Une prothèse artificielle (valve au coeur, pontage) _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. Alcoolisme - toxicomanie _____                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anémie ou autres problèmes sanguins _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 12. Saignement prolongé _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Êtes-vous :</b>  |                          |                          |
| 13. Emphysème _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. Présentement sous traitement pour une autre maladie _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tuberculose _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. Conscient d'un changement de votre état de santé en général _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Asthme _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. Traité pour l'ostéoporose-ostéopénie _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Troubles du sommeil ou de respiration (ronflement, sinus) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. Souvent fatigué ou exténué _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Maladie de rein _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. Sujet à de fréquents maux de tête _____                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Maladie du foie _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. Un fumeur ou un ex-fumeur _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Jaunisse _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. Souvent malheureux ou déprimé _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Maladie de la glande <u>thyroïde</u> ou <u>parathyroïde</u> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. FEMME : prenez-vous la pilule contraceptive _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Déficience hormonale _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. FEMME : enceinte _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Cholestérol (hypercholestérolémie) _____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. HOMME : avez-vous des désordres de prostate _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Diabète _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 24. Ulcère d'estomac ou duodéal _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

Décrivez tout autre traitement médical ou chirurgie qui puisse affecter votre traitement dentaire

Faites une liste de tous les médicaments, suppléments ou vitamines pris lors des 2 dernières années

| Médicament | Raison | Médicament | Raison |
|------------|--------|------------|--------|
| _____      | _____  | _____      | _____  |
| _____      | _____  | _____      | _____  |
| _____      | _____  | _____      | _____  |

Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de 6 médicaments.

**S.V.P., avisez-nous s'il y a des changements dans votre histoire médicale ou dans votre médication.**

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

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