



## Informations du Nouveau Patient - Confidentiel

---

Nous nous engageons à l'excellence en dentisterie et vous remercions de prendre le temps de remplir ce questionnaire confidentiel. Plus nous communiquons, mieux nous pouvons prendre soin de vous. Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide, nous nous ferons un plaisir de vous aider.

Qui pouvons-nous remercier pour vous avoir référé? \_\_\_\_\_

### À propos de Vous

Nom: \_\_\_\_\_ Je préfère être appelé \_\_\_\_\_ [ ] Mâle [ ] Femelle

[ ] Célibataire [ ] Marié [ ] Enfant [ ] Autre Date de Naissance: j\_\_\_\_/m\_\_\_\_/a\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Adresse du domicile: \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Adresse Courriel: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_ Depuis quand? \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

### Contact d'Urgence

Nom: \_\_\_\_\_ Relation au patient: \_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Information- Assurance Dentaire

#### Assurance Primaire

Nom de la Compagnie d'Assurance: \_\_\_\_\_ Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nom de l'Assuré: \_\_\_\_\_ Date de Naissance de l'Assuré: j\_\_\_\_/m\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Numéro de Contrat#: \_\_\_\_\_ Numéro de Certificat du Participant#: \_\_\_\_\_

L'Employeur de l'Assuré: \_\_\_\_\_

#### Assurance Secondaire

Nom de la Compagnie d'Assurance: \_\_\_\_\_ Relation au Patient: \_\_\_\_\_

Nom de l'Assuré: \_\_\_\_\_ Date de Naissance de l'Assuré: j\_\_\_\_/m\_\_\_\_/a\_\_\_\_

Numéro de Contrat#: \_\_\_\_\_ Numéro de Certificat du Participant #: \_\_\_\_\_

L'Employeur de l'Assuré: \_\_\_\_\_

# Antécédents Médicaux

Nom du Patient \_\_\_\_\_

Nom du Docteur Médical/ Spécialiste \_\_\_\_\_ Date de l'examen Médical Annuel le plus récent \_\_\_\_\_

Raison de l'examen: \_\_\_\_\_

Comment est votre santé en général? Excellente  Bonne  Mauvaise

## Avez-vous ou avez-vous déjà eu:

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. hospitalisation pour maladie ou blessure _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une allergie à:   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> aspirin, ibuprofen, acetaminophen, codéine pénicillin |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> erythromycin  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> tetracycline  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> sulpha  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> anesthésie locale                                     |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> fluorure  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> métaux (nickel, or, argent, _____)                    |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> latex   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> autres  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> _____   |                          |                          |
| 3. problème de coeur, ou stent cardiaque durant derniers 6 mois                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. subit par l' Endocardite infectieuse _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. valve cardiaque artificielle ou anomalie cardiaque réparée _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. prothèse artificielle (cardiaque ou articulations) _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. rhumatisme articulaire aigu ou scarlatine _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. hypertension ou hypotension _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. accident vasculaire cérébral (prenez-vous des anticoagulants)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. anémie ou autre maladie de sang _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. saignement prolongé après blessure mineure (INR > 3.5) _____               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. emphysème, sarcoïdose _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. tuberculose _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. asthme _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Problème de respiration ou de sommeil (ronflement, sinus)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. maladie de rein _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. maladie du foie _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. jaunisse _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. maladie thyroïde, parathyroïde ou carence de calcium _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. carence d'hormone _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. taux de cholestérol élevé ou prise de drogue statine _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. diabète (HbA1c = _____)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ulcère de l'estomac ou duodécal _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. désordres digestifs (reflux gastrique) _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 26. ostéoporose /ostéopénie (prendre des bisphosphonates)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. arthrite _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. glaucome _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. blessures à la tête et au cou _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. épilepsie, convulsions (crises) _____                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. problème neurologique (trouble déficitaire de l'attention) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. infections virals et feux sauvages _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. des bosses ou des gonflements dans la bouche _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. urticaire, éruption cutanée, rhume des foins _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. maladie vénérienne _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. hépatites (type ___) _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. VIH/ SIDA _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. tumeur, croissance anormale _____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. radiothérapie _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. chimiothérapie _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. traitement psychiatrique _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. médicament antidépresseur _____                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. alcool / dépendance à une drogue _____                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Êtes-vous:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 45. en cours de traitement pour toute autre maladie _____    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. conscient d'un changement de votre état de santé général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. sous médicaments pour la gestion du poids _____          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. prendre des compléments alimentaires _____               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. souvent épuisé ou fatigué _____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. sujet à de fréquents maux de tête _____                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. un fumeur ou ex-fumeur _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. FEMELLE - prendre des pilules contraceptives _____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. FEMELLE - Enceinte _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. MALE - troubles de la prostate _____                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Décrivez tout traitement médical en cours, toute intervention chirurgicale imminente ou tout autre traitement susceptible d'affecter votre traitement dentaire.

Énumérez tous les médicaments, suppléments et / ou vitamines pris au cours des deux dernières années

Drogue	objectif	Drogue	objectif
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de 6 médicaments

**S'IL VOUS PLAÎT NOUS AVISER DANS L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DANS VOTRE HISTOIRE MÉDICALE OU TOUT NOUVEAU**

**MÉDICAMENT QUE VOUS PRENEZ.**

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

Signature du Docteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# Antécédents Dentaires

Référé par \_\_\_\_\_ Comment évalueriez-vous l'état de votre bouche? Excellent  Bien  Mauvaise

Dentiste précédent \_\_\_\_\_ Combien de temps étiez-vous patient? \_\_\_\_\_ Mois/Années

Date du dernier examen dentaire \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date des radiographies les plus récentes \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date du traitement le plus récent (autre qu'un nettoyage) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je vois régulièrement mon dentiste tous les:  3 mo.  4 mo.  6 mo.  12 mo.  Not routinely

QUELLE EST VOTRE PRÉOCCUPATION IMMÉDIATE? \_\_\_\_\_

VEUILLEZ RÉPONDRE OUI OU NON À CE QUI SUIT:

Oui Non

## HISTOIRE PERSONNELLE



1. Avez-vous peur des traitements dentaires? Sur une échelle de 1 (Min) à 10 (Max) [\_\_\_\_] \_\_\_\_\_
2. Avez-vous eu une expérience dentaire défavorable?? \_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà eu des complications d'un traitement dentaire passé? \_\_\_\_\_
4. Avez-vous déjà eu du mal à vous engourdir ou à réagir à l'anesthésie locale? \_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique? \_\_\_\_\_
6. Avez-vous eu une extraction de dents? \_\_\_\_\_

## CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE



7. Y a-t-il quelque chose sur l'apparence de vos dents que vous voudriez changer? \_\_\_\_\_
8. Avez-vous déjà blanchi vos dents? \_\_\_\_\_
9. Êtes-vous mal à l'aise ou complexé de l'apparence de vos dents? \_\_\_\_\_
10. Avez-vous été déçu des résultats de travaux dentaires antérieurs? \_\_\_\_\_

## OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MACHOIRE



11. Avez-vous des problèmes avec votre articulation de la mâchoire? (douleur, bruits, ouverture limitée, blocage, claquement) \_\_\_\_\_
12. Avez-vous/ auriez-vous des problèmes à mâcher du chewing-gum? \_\_\_\_\_
13. Avez-vous / auriez-vous des problèmes à mâcher des bagels, des baguettes, des barres protéinées ou d'autres aliments durs? \_\_\_\_\_
14. Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années, sont-elles devenues plus courtes, plus fines ou usées? \_\_\_\_\_
15. Vos dents sont-elles encombrantes ou espacées? \_\_\_\_\_
16. Est-ce que vous manger de la glace, rongez-vous vos ongles, ou avez vous d'autres habitudes orales? \_\_\_\_\_
17. Est-ce que vous serrez les dents pendant la journée? \_\_\_\_\_
18. Avez-vous des problèmes de sommeil ou de réveil avec une prise de conscience de vos dents? \_\_\_\_\_
19. Portez-vous ou avez-vous déjà porté une plaque Occlusal? \_\_\_\_\_

## STRUCTURE DE DENT



20. Avez-vous eu des caries au cours des 3 dernières années? \_\_\_\_\_
21. La quantité de salive dans votre bouche semble-t-elle insuffisante ou avez-vous de la difficulté à avaler des aliments? \_\_\_\_\_
22. Sentez-vous ou remarquez-vous des trous (c'est-à-dire des piqûres, des cratères) sur la surface de vos dents? \_\_\_\_\_
23. Vos dents sont-elles sensibles à la chaleur, au froid, en mâchant, aux sucreries ou évitez vous de brosser une partie de votre bouche? \_\_\_\_\_
24. Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents près de la gencive? \_\_\_\_\_
25. Avez-vous déjà cassé vos dents, ébréché vos dents, ou souffert de maux de dents ou de fissures? \_\_\_\_\_
26. Avez-vous des aliments qui restent pris entre vos dents? \_\_\_\_\_

## GENCIVES ET OS



27. Vos gencives saignent-elles lors du brossage ou de l'utilisation de la soie dentaire? \_\_\_\_\_
28. Avez-vous déjà été traité pour une maladie des gencives ou avez-vous appris que vous aviez perdu de l'os autour de vos dents? \_\_\_\_\_
29. Avez-vous déjà remarqué un goût ou une odeur désagréable dans votre bouche? \_\_\_\_\_
30. Y a-t-il quelqu'un ayant des antécédents de maladie parodontale dans votre famille? \_\_\_\_\_
31. Avez-vous déjà été affecté par une récession des gencives? \_\_\_\_\_
32. Avez-vous déjà eu des dents détachées (sans blessure), ou avez-vous de la difficulté à manger une pomme? \_\_\_\_\_
33. Avez-vous déjà ressenti une sensation de brûlure dans la bouche? \_\_\_\_\_

Signature du Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du Docteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_