



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

Oui Non

1. hospitalisation pour maladie ou blessure _____

2. Une allergie à:

aspirin, ibuprofen, acetaminophen, codéine pénicillin

erythromycin

tetracycline

sulpha

anesthésie locale

fluorure

métaux (nickel, or, argent, _____)

latex

autres

3. problème de coeur, ou stent cardiaque durant derniers 6 mois _____

4. subit par l' Endocardite infectieuse _____

5. valve cardiaque artificielle ou anomalie cardiaque réparée _____

6. stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable _____

7. prothèse artificielle (cardiaque ou articulations) _____

8. rhumatisme articulaire aigu ou scarlatine _____

9. hypertension ou hypotension _____

10. accident vasculaire cérébral (prenez-vous des anticoagulants) _____

11. anémie ou autre maladie de sang _____

12. saignement prolongé après blessure mineure (INR > 3.5) _____

13. emphysème, sarcoïdose _____

14. tuberculose _____

15. asthme _____

16. Problème de respiration ou de sommeil (ronflement, sinus) _____

17. maladie de rein _____

18. maladie du foie _____

19. jaunisse _____

20. maladie thyroïde, parathyroïde ou carence de calcium _____

21. carence d'hormone _____

22. taux de cholestérol élevé ou prise de drogue statine _____

23. diabète (HbA1c = _____) _____

24. ulcère de l'estomac ou duodéнал _____

25. désordres digestifs (reflux gastrique) _____

26. ostéoporose /ostéopénie (prendre des bisphosphonates)

27. arthrite _____

28. glaucome _____

30. blessures à la tête et au cou _____

31. épilepsie, convulsions (crises) _____

32. problème neurologique (trouble déficitaire de l'attention) _____

33. infections virals et feux sauvages _____

34. des bosses ou des gonflements dans la bouche _____

35. urticaire, éruption cutanée, rhume des foins _____

36. maladie vénérienne _____

37. hépatites (type ____) _____

38. VIH/ SIDA _____

39. tumeur, croissance anormale _____

40. radiothérapie _____

41. chimiothérapie _____

42. traitement psychiatrique _____

43. médicament antidépresseur _____

44. alcool / dépendance à une drogue _____

Êtes-vous:

45. en cours de traitement pour toute autre maladie _____

46. conscient d'un changement de votre état de santé général _____

47. sous médicaments pour la gestion du poids _____

48. prendre des compléments alimentaires _____

49. souvent épuisé ou fatigué _____

50. sujet à de fréquents maux de tête _____

51. un fumeur ou ex-fumeur _____

52. FEMELLE - prendre des pilules contraceptives _____

53. FEMELLE - Enceinte _____

54. MALE - troubles de la prostate _____

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 _____