

QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION CONFIDENTIEL

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M

Référé(e) par : _____ Date : _____

Raisons de la visite : _____

À quand remonte votre dernier nettoyage dentaire ? _____

Pourquoi avez-vous choisi le *Centre de Santé Dentaire Larose* ? _____

Quelles mauvaises expériences avez-vous eues chez un dentiste ? _____

Qu'aimez-vous le moins quand vous venez chez le dentiste ? _____

HISTORIQUE DENTAIRE

	Oui	Non
Avez-vous subi un examen dentaire complet avec radiographies depuis 2 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous les dents sensibles au :	Chaud ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sucre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous parfois une sensation de chocs électriques sur les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Y a-t-il un ou plusieurs endroits où les aliments restent coincés très souvent entre les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Avez-vous souvent des ulcères en bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Vous a-t-on déjà mentionné que vous aviez un problème de gencives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

À quelle fréquence utilisez-vous la brosse à dents ? _____

Manuelle ? _____ Électrique ? _____

À quelle fréquence utilisez-vous la soie dentaire? _____
À quelle fréquence faites-vous nettoyer vos dents chez le dentiste? _____

Date du dernier nettoyage : _____

	Oui	Non	
Croyez-vous grincer ou serrez des dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentez-vous votre <u>mâchoire tendue</u> ou sensible?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous de maux de tête ou migraines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Au lever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre mâchoire craque-t-elle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des maux au niveau :			
	du cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des oreilles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	du dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi des :			
	traitements d' <u>orthodontie</u> ou de <u>gencives</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(broches) (chirurgie)		
	traitements de canaux, couronnes et/ou ponts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anesthésie générale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTOIRE MÉDICALE

	Oui	Non
Avez-vous déjà observé des problèmes de santé suite aux traitements dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels ? _____		
Voyez-vous un médecin pour un problème spécifique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel ? _____		
Voyez-vous un médecin pour un examen annuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été exposé aux rayons-X depuis 6 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date prévue d'accouchement : ____ / ____ / ____		
Quels médicaments prenez-vous ?		
Quels suppléments alimentaires (vitamines, etc.) prenez-vous ? _____		

Prenez-vous des anovulants ?

Fumez-vous ?

Avez-vous déjà reçu de la radiothérapie (cancer) ? Date : _____

Êtes-vous allergique à certains médicaments ? Pénicilline ?

Iode ?

Anesthésie locale ?

Latex ?

Autres ?

Lesquels ? _____

Troubles respiratoires ?

Sinusite ? _____

Bronchite ? _____

Asthme ? _____

Pneumonie ? _____

Troubles cardiaques ? _____

Troubles thyroïdiens ? _____

Hypertension ? _____

Troubles de l'audition ? _____

Otites ? _____

Fièvre rhumatismale ? _____

Anémie ? _____

Diabète ? _____

Migraines ? _____

Fibromyalgie ? _____

Dépression ?

Épilepsie ? _____

Troubles digestifs ? _____

Candida ? _____

Problèmes rénaux ? _____

Arthrite ? _____

Hépatite ou jaunisse ? _____

Évanouissements ? _____

Problèmes de la peau ? _____

Cancer ? _____

Maladies vénériennes ? _____

Herpès génital ? _____

SIDA ? _____

Sclérose en plaques ? _____

Évaluation du sourire

	Oui	Non
Hésitez-vous à montrer vos dents quand vous souriez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des espaces entre les dents qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des taches sur vos dents que vous aimeriez enlever ou blanchir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents cassées ou qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des dents qui sont croches ou mal alignées qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que changeriez-vous à votre sourire si vous aviez une baguette magique?

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Tél. : _____

J'atteste la vérité de ces informations et j'autorise le Dr. Larose et son personnel à procéder à l'examen complet de ma bouche, incluant les radiographies nécessaires et à constituer mon dossier dentaire.

On m'a informé (e) que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le dentiste et son personnel auxiliaire y auront seuls accès.

On m'a informé (e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

Je consulte de Dr. Larose pour ma santé dentaire exclusivement. Il m'a été explicitement recommandé de consulter un médecin pour tout problème de santé générale. J'autorise docteur Larose à communiquer avec mon médecin personnel au sujet de ma santé :

Dr. _____ Adresse : _____

Rien de ce que le docteur Larose ou son personnel me disent ne doit être interprété comme une promesse que ma santé sera améliorée de quelque façon que ce soit suite au traitement effectué.

Date : _____ / _____ / _____
 Jour mois année

Signature : _____