

# QUESTIONNAIRE D'INTRODUCTION CONFIDENTIEL

750 BOUL. MARCEL-LAURIN #100, SAINT-LAURENT, QC, H4M 2M4  
TÉL. 514.747.4949 COURRIEL : [info@souirelarose.com](mailto:info@souirelarose.com)

## GÉNÉRAL

|  |                  |               |
|--|------------------|---------------|
| Date de première visite :  |                  | # dossier :   |
| Nom :  | Prénom :         |               |
| Date de naissance :  | Âge :            | Sexe : M F    |
| Adresse :  |                  |               |
| Ville :  | Province :       | Code Postal : |
| Tél. (résidence) :   | Tél. (travail) : |               |
| Cellulaire :   | Courriel :       |               |
| Occupation :   | Référé(e) par :  |               |
| Raison de la visite :  |                  |               |
| <hr/> <hr/> <hr/>  |                  |               |
| Pourquoi avez-vous choisi <i>Santé Dentaire Larose</i> ?                 |                  |               |
| <hr/>  |                  |               |
| Avez-vous des demandes spécifiques face à vos rendez-vous avec nous?     |                  |               |
| <hr/>  |                  |               |
| Y a-t-il des travaux que vous considérez entreprendre dans votre bouche? |                  |               |
| <hr/>  |                  |               |

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| Nom :            | Lien :            |
| Tél. (résidence) | Cell. / Travail : |

## AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

|              |              |
|--------------|--------------|
| 1.           | 2.           |
| Spécialité : | Spécialité : |
| Tél.         | Tél.         |

## HISTORIQUE DENTAIRE

À quand remonte votre dernier rendez-vous dentaire?

|   | Oui                     | Non |
|---|-------------------------|-----|
| Avez-vous subi un examen dentaire complet avec radiographies depuis 2 ans?                      |                         |     |
| Avez-vous les dents sensibles :   | au chaud                |     |
|   | au froid                |     |
|   | au sucre                |     |
|   | à la pression           |     |
| Avez-vous parfois une sensation de chocs électriques sur les dents?                             |                         |     |
| Y a-t-il un ou plusieurs endroits où les aliments restent coincés très souvent entre les dents? |                         |     |
| Avez-vous souvent des ulcères en bouche?  |                         |     |
| Avez-vous mauvaise haleine?   |                         |     |
| Utilisez-vous la <u>brosse à dents</u> ?  | Manuelle                |     |
|   | Électrique              |     |
| Fréquence :   |                         |     |
| À quelle fréquence utilisez-vous la soie dentaire?  |                         |     |
| À quelle fréquence faites-vous nettoyer vos dents chez le dentiste?                             |                         |     |
| Date du dernier nettoyage professionnel :   |                         |     |
| Grincez-vous ou serrez-vous des dents?  |                         |     |
| Sentez-vous votre <u>mâchoire tendue</u> ou sensible?   |                         |     |
| Souffrez-vous de <u>maux de tête</u> ou de <u>migraines</u> ?                                   |                         |     |
| Maux de tête ou migraines <b>au lever</b> ?   |                         |     |
| Votre mâchoire craque-t-elle?   |                         |     |
| Avez-vous des maux au niveau :  | du cou                  |     |
|   | des épaules             |     |
|   | des oreilles            |     |
|   | du dos                  |     |
| Avez-vous déjà subi des traitements :   | d'orthodontie (broches) |     |
|   | de gencive (chirurgie)  |     |
|   | traitement de canaux    |     |
|   | couronnes et/ou ponts   |     |
|   | implants                |     |
|   | anesthésie générale     |     |

## HISTOIRE MÉDICALE

|  | Oui               | Non |  |
|--|-------------------|-----|--|
| Avez-vous déjà observé des problèmes de santé suite aux traitements dentaires? |                   |     |  |
| Si oui, lesquels? :  |                   |     |  |
| Voyez-vous un médecin pour un problème spécifique?                             |                   |     |  |
| Voyez-vous un médecin pour un examen annuel?                                   |                   |     |  |
| Êtes-vous enceinte? si oui, date prévue de l'accouchement :                    |                   |     |  |
| Quels médicaments prenez-vous?   |                   |     |  |
| Quels suppléments alimentaires (vitamines, etc.) prenez-vous?                  |                   |     |  |
| Prenez-vous des anovulants?  |                   |     |  |
| Fumez-vous? Combien par jour :   |                   |     |  |
| Avez-vous déjà reçu de la radiothérapie (cancer)? Date :                       |                   |     |  |
| Êtes-vous <u>allergique</u> à certains médicaments ou produits?                | Pénicilline       |     |  |
|  | Iode              |     |  |
|  | Anesthésie locale |     |  |
|  | Latex             |     |  |
| Autres allergies à des médicaments (lesquels?) :                               |                   |     |  |

## SOUFFREZ-VOUS PRÉSENTEMENT DES MALADIES OU TROUBLES SUIVANTS

|                        | Oui | Non |   | Oui | Non |
|------------------------|-----|-----|---|-----|-----|
| Troubles respiratoires |     |     | Diabète   |     |     |
| Sinusite               |     |     | Migraines   |     |     |
| Bronchite              |     |     | Fibromyalgie  |     |     |
| Asthme                 |     |     | Dépression  |     |     |
|                        |     |     | Si oui, à quand remonte le diagnostic :<br>Dépression saisonnière |     |     |
| Pneumonie              |     |     | Fièvre rhumatismale   |     |     |
| Troubles cardiaques    |     |     | Anémie  |     |     |
| Troubles thyroïdiens   |     |     | Épilepsie   |     |     |
| Hypertension           |     |     | Troubles digestifs  |     |     |

|                        | Oui | Non |                                   | Oui | Non |
|------------------------|-----|-----|-----------------------------------|-----|-----|
| Troubles de l'audition |     |     | Candida                           |     |     |
| Otitis                 |     |     | Problèmes rénaux                  |     |     |
| Cancer                 |     |     | Sclérose en plaques               |     |     |
| Maladies vénériennes   |     |     | Ronflements                       |     |     |
| Herpès génital         |     |     | Autres diagnostics ou problèmes : |     |     |
| SIDA                   |     |     |                                   |     |     |

### ÉVALUATION DU SOURIRE

|  |  |  |
|--|--|--|
| Hésitez-vous à montrer vos dents quand vous souriez?   |  |  |
| Avez-vous des <u>espaces entre les dents</u> qui vous inquiètent ou que vous aimeriez éliminer?          |  |  |
| Avez-vous des <u>taches</u> sur vos dents que vous aimeriez enlever ou blanchir?                         |  |  |
| Avez-vous des dents cassées qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer?                          |  |  |
| Avez-vous des dents qui sont croches ou mal alignées qui vous inquiètent ou que vous aimeriez améliorer? |  |  |
| Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches?   |  |  |

|  |
|--|
| <b>Que changeriez-vous à votre sourire si vous aviez une baguette magique?</b> |
|  |
|  |

J'atteste l'authenticité de ces informations et j'autorise le docteur 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 docteur 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.

Je comprends qu'on ne me facturera pas un premier rendez-vous manqué ou annulé (à moins de 24 heures d'avis), mais j'accepte de payer des frais de 50.00\$ pour tout rendez-vous manqué par la suite dans la même année.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J M A