

Nom :		Prénom :		Sexe :	
Date de naissance	# assurance-maladie	Date d'expiration		«pat_telres»	
Adresse :		Ville :		Code Postal :	
nom de votre médecin généraliste		# tél.		#fax	
nom de votre médecin spécialiste		# tél.		#fax	
nom de votre pharmacien		# tél.		#fax	
raisons de votre visite					

## Bienvenue à la Clinique dentaire Touraine

**10 minutes ont été prévues à votre rendez-vous afin de compléter ce questionnaire.**

1- Quels médicaments avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? (utilisez le verso si nécessaire)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prenez-vous des produits naturels ?

\_\_\_\_\_

2- Souffrez-vous de troubles cardiaques : **Oui Non**

- Infarctus     Angine     Souffle  
 Arythmie     Valve     Pace maker  
 Autres    Note : \_\_\_\_\_

3- Haute / basse pression

Dernière mesure : \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_

4- Fièvre rhumatismale (valves cardiaques)

5- Saignement prolongé, contusion

6- Anémie

7- Rhumes fréquents ou sinusites

8- Trouble respiratoire

9- Trouble digestif

10- Ulcère d'estomac

11- Problème au foie (hépatite ou cirrhose)

12- Trouble du rein

13- Maladie vénérienne (MTS)

14- Diabète

15- Trouble thyroïdien

16- Maladie de la peau

17- Problème aux yeux (ex : glaucome)

18- Arthrite

19- Épilepsie

20- Trouble nerveux

21- Maux d'oreilles

22- Étourdissement, évanouissement

23- Maux de tête fréquents

24- Rhume des foins

25- Asthme

26- **Tabac**, drogue, alcool

27- Prothèses articulaires (hanches, genoux)

28- Maladie héréditaire

29- Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie?

Note : \_\_\_\_\_

30- Êtes-vous séropositif ou atteint du sida

31- Fait une réaction aux produits suivants

Aliments     Pénicilline     Aspirine

Iode     Sulfamidés     Codéine

Anesthésique local

Autres \_\_\_\_\_

32- Hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires

Précisez : \_\_\_\_\_

33- Êtes-vous enceinte?

34- Prenez-vous des anovulants?

35- **Votre dernière visite** chez le dentiste remonte à

Date : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

Dentiste : \_\_\_\_\_

- 36- Avez-vous déjà reçu:
- |                                    | <b>oui</b>               | <b>non</b>               |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ● Démonstration d'hygiène buccale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Traitement des gencive           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Obturations (plombages)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Traitement de canal              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Orthodontie                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Couronne / Pont                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Chirurgie / extraction           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Implants dentaires               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Prothèses complètes / partielles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date de mise en bouche _____       |                          |                          |

- 37- Vous êtes ennuyé(e) par les problèmes suivants :
- Problèmes esthétiques
  - Problèmes d'alimentation (molle)
  - Difficultés phonétiques
  - Douleur
  - Instabilité d'une prothèse dentaire
    - haut     bas
  - Crainte de perdre mes prothèses en public
  - Inquiétude liée à la résorption des gencives
  - Difficulté d'entretien
  - Autres \_\_\_\_\_

38- Comment avez-vous entendu parler de nous?

\_\_\_\_\_

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. 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 seul accès. On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel. J'autorise le dentiste à communiquer avec mes médecins et mon pharmacien afin de mieux évaluer mon état de santé.

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

Date : \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses de ce questionnaire médico-dentaire et avoir pris les mesures d'usage le cas échéant.

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

Date : \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

39- Qu'est-ce qui pourrait rendre votre visite chez le dentiste plus agréable ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

40-**Rendez-vous de rappel** : nous voulons connaître la meilleure façon de communiquer avec vous pour vos rappels

- Téléphone
- Carte postale
- Courriel

Si vous voulez que l'on communique avec vous par courriel, veuillez l'inscrire en lettres moulées :

\_\_\_\_\_

41-**Politique des rendez-vous manqués sans avis** :

Sans avis préalable de 48 heures :

- 1<sup>er</sup> fois : vous recevez un avis par la poste;
- 2<sup>e</sup> fois : vous recevez une facture de 60\$.

La Clinique dentaire Touraine s'est toujours impliquée dans la communauté et a pris l'initiative de verser 50% de ce montant à Opération Enfant Soleil.

## Notre mission

**Dans un contexte continu d'innovation en santé globale, nous prenons le temps de vous surprendre par notre écoute et notre discrétion, tout en créant la relation de confiance recherchée, et ce, dans une ambiance décontractée.**