

Dossier # _____

Date _____

Nom _____

Date de naissance _____

Prénom _____

Sexe M F

Téléphone _____

Bureau/cellulaire _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Courriel _____

Occupation _____

Compagnie d'assurance _____

Référence _____

Motif de la consultation : _____

Difficulté actuel : _____

Objectif recherché : _____

Histoire médicale :

Avez-vous ou avez-vous eu une des maladies ou conditions suivantes:

Asthme	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Hépatite	<input type="checkbox"/>	VIH	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	Maux de tête	<input type="checkbox"/>	Maux d'estomac	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	Maladie du coeur	<input type="checkbox"/>	Maux de coeur	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	Trouble nerveux	<input type="checkbox"/>	Maux de cou	<input type="checkbox"/>	Saignements	<input type="checkbox"/>
Haute ou basse pression	<input type="checkbox"/>	Étourdissement	<input type="checkbox"/>	MTS	<input type="checkbox"/>	Fumez-vous	<input type="checkbox"/>

Suivez-vous un traitement prescrit par un médecin? Si oui, lequel? _____

Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels? _____

Etes-vous allergiques aux médicaments? Si oui, lesquels? _____ Autres allergies? _____

Médecin traitant: _____ Tél : _____

Histoire dentaire

A quand remonte votre dernière visite pour vos prothèses dentaires? Moins de 5 ans Plus de 5 ans

	Oui	Non
Avez-vous déjà porté une prothèse partielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormez-vous avec vos prothèses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous l'habitude de serrer les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentez-vous votre bouche sèche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que votre prothèse vous blesse souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque vous ouvrez la bouche, avez-vous des douleurs ou craquements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous des gencives lorsque vous brossez vos dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos dents sont-elles sensible? Chaud <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Au toucher <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/>		
A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste? Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> Plus de 2 ans <input type="checkbox"/>		

Raison de la visite : _____

Je soussigné (e) déclare avoir lu, compris et répondu au questionnaire médico dentaire au meilleure de ma connaissance.

Signature du patient X _____ Date _____