CENTRE DENTAIRE
ST-LUC

FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

Votre coopération pour remplir le présent questionnaire est essentielle en vue de vous fournir des soins dentaires sécuritaires et appropriés. Tous les renseignements sont strictement confidentiels. Un membre de notre équipe pourra vous aider à remplir ce formulaire. VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

NOM DU PATIENT (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : _____

NOM PRIVILÉGIÉ : _____

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA) : _____ SEXE/GENRE : _____ TAILLE/POIDS : _____

ÉCOLE/PROFESSION : _____

ADRESSE DOMICILIAIRE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : _____

_____

CODE POSTAL : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE : _____ AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

Pouvons-nous laisser un message vocal concernant votre rendez-vous à ces numéros? Oui ☐ Non ☐

Êtes-vous susceptible d'être disponible à court préavis pour des rendez-vous ou des changements futurs? Oui ☐ Non ☐

Nous aimerions vous envoyer des courriels et des messages textes qui peuvent comprendre des confirmations de rendez-vous, des bulletins, des événements à venir et des avis importants. Cochez la case si vous souhaitez recevoir des courriels et des messages textes de notre part. ☐

EN CAS D'URGENCE, INFORMER : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

MÉDECIN DE FAMILLE : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE : _____ DOMAINE DE SPÉCIALITÉ : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE : _____

NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE : _____ DOMAINE DE SPÉCIALITÉ : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR/LA PERSONNE RESPONSABLE 1

NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

PROFESSION : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR/LA PERSONNE RESPONSABLE 2 (SI DIFFÉRENTS DE CEUX CI-DESSUS)

NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

PROFESSION : _____ NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : _____

CENTRE DENTAIRE
ST-LUC

FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

NOM DU PATIENT : _____

VEUILLEZ INDIQUER TOUTE AUTRE PERSONNE POUVANT AVOIR ACCÈS À CE DOSSIER

(P. EX. : POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS)

NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS ?

- ☐ Ami
- ☐ Membre de la famille
- ☐ Collègue
- ☐ Membre du personnel de notre clinique
- ☐ Patient à notre clinique
- ☐ Recommandation d'un professionnel de la santé
- ☐ Site Web/Internet
- ☐ Publicité
- ☐ J'ai moi-même vu l'enseigne/la clinique
- ☐ Autres : _____

Politique de la clinique : L'heure de votre rendez-vous vous sera réservée. Si vous n'êtes pas en mesure d'honorer le rendez-vous, nous exigerons un préavis de 48 heures, sinon il pourrait être nécessaire de facturer le temps perdu.

_____ _____

Signature PATIENT ☐ PARENT ☐ TUTEUR ☐ RESPONSABLE ☐ Date

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (SI LE PATIENT DISPOSE D'UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS)

SOUSCRIPTEUR : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

COMPAGNIE D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE POLICE : _____

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION : _____

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR : _____

SOUSCRIPTEUR : _____

(SECONDAIRE) LIEN DE PARENTÉ : _____

COMPAGNIE D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE POLICE : _____

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION : _____

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR : _____

CENTRE DENTAIRE
ST-LUC

FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES DU PATIENT

1. Raison de la visite d'aujourd'hui : _____

_____

2. Avez-vous un problème dentaire qui doit être traité le plus rapidement possible? ..... Oui ☐ Non ☐
3. Visitez-vous régulièrement le dentiste? ..... Oui ☐ Non ☐
4. Date de votre dernière visite chez le dentiste _____ du dernier nettoyage _____ des dernières radiographies _____
5. À quelle fréquence vous brossez-vous les dents? _____ vous passez-vous la soie dentaire? _____
6. Vos gencives saignent-elles régulièrement? ..... Oui ☐ Non ☐
7. Vos dents sont-elles sensibles

   à la chaleur ☐ au froid ☐ lors de la mastication ☐ aux aliments sucrés ☐ aux goûts aigres (surs) ☐ s. o. ☐
8. Ressentez-vous de la douleur aux dents? ..... Oui ☐ Non ☐
9. Avez-vous déjà eu des blessures ou subi une chirurgie à la tête, au cou ou à la mâchoire? ..... Oui ☐ Non ☐
10. Avez-vous la bouche sèche ou de la difficulté à avaler? ..... Oui ☐ Non ☐
11. Ronflez-vous ou souffrez-vous d'apnée du sommeil? ..... Oui ☐ Non ☐
12. Votre mâchoire craque-t-elle ou produit-elle un bruit sec lorsque vous ouvrez grand la bouche? ..... Oui ☐ Non ☐
13. Grincez-vous ou serrez-vous les dents pendant la journée ou la nuit? ..... Oui ☐ No ☐
14. Vous mordez-vous les lèvres/les joues fréquemment? ..... Oui ☐ Non ☐
15. Avez-vous déjà eu des excroissances, des grosseurs (bosses) ou des points douloureux dans la bouche? ..... Oui ☐ Non ☐
16. Avez-vous remarqué un déchaussement ou un mouvement de vos dents? ..... Oui ☐ Non ☐
17. Avez-vous subi un traitement parodontal (gencives)? ..... Oui ☐ Non ☐
18. Avez-vous subi un traitement orthodontique (appareil dentaire)? ..... Oui ☐ Non ☐
19. Avez-vous déjà été traité par un spécialiste dentaire? ..... Oui ☐ Non ☐
20. Avez-vous déjà eu des problèmes liés à un traitement dentaire? ..... Oui ☐ Non ☐
21. Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? ..... Oui ☐ Non ☐
22. Êtes-vous nerveux/anxieux/craintif pendant un traitement dentaire? ..... Oui ☐ Non ☐
23. Veuillez énumérer tout autre renseignement que vous estimez que nous devrions connaître pour vous fournir les meilleurs soins dentaires possible : _____

_____

_____ _____

Signature PATIENT ☐ PARENT ☐ TUTEUR ☐ RESPONSABLE ☐ Date

_____ _____

Examiné par un dentiste Date

CENTRE DENTAIRE
ST-LUC

FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

NOM DU PATIENT : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

1. Avez-vous des problèmes de santé? ..... Oui ☐ Non ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : _____

2. Votre état de santé général ou votre poids a-t-il changé au cours de l'année écoulée? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

3. Recevez-vous actuellement des traitements pour un état pathologique quelconque ou avez-vous été traité au cours de l'année écoulée? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

4. À quand remonte votre dernier examen médical? _____
   Des problèmes ont-ils été relevés? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

5. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie ou une opération? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : _____

6. Prenez-vous des médicaments, des médicaments en vente libre, des suppléments homéopathiques ou à base de plantes, ou hormones de toutes sortes? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez les énumérer et indiquer la raison de la prise : _____

7. Avez-vous des allergies ou des réactions? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez les énumérer en vous servant des catégories ci-dessous :
   Médicaments _____
   Produits dérivés du latex/caoutchouc _____
   Autres (par exemple, allergies saisonnières, aliments, colorants) _____

8. Avez-vous eu une réaction indésirable à des produits dentaires, des injections ou une anesthésie locale? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un remplacement ou une réparation d'une valvule cardiaque, une infection du cœur (c'est-à-dire une endocardite infectieuse), une maladie cardiaque de naissance (c'est-à-dire une cardiopathie congénitale) ou une transplantation cardiaque? ..... Oui ☐ No ☐
   Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

10. Vous a-t-on conseillé de recevoir une prémédication (par exemple, des antibiotiques) avant le traitement dentaire? Oui ☐ No ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

SUITE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À LA PAGE SUIVANTE

CENTRE DENTAIRE
ST-LUC

FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

11. Avez-vous une articulation prothétique ou artificielle? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : _____

_____

12. Souffrez-vous d'une maladie ou avez-vous reçu des traitements qui pourraient affecter votre système immunitaire? ... Oui ☐ Non ☐
    (Leucémie, SIDA, infection à VIH, radiothérapie, chimiothérapie)
    Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

_____

13. Avez-vous déjà été atteint d'une hépatite, d'une jaunisse, d'une maladie du foie ou de troubles gastro-intestinaux ? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

_____

Avez-vous un problème de saignement, un trouble hémorragique, une tendance aux ecchymoses ou avez-vous reçu une transfusion sanguine? ..... Oui ☐ Non ☐
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

_____

14. Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'un des éléments suivants (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

☐ Évanouissement et étourdissements
☐ Trouble de l'alimentation
☐ Accident vasculaire cérébral/ accident ischémique transitoire
☐ Rhumatisme articulaire aigu
☐ Prolapsus valvulaire mitral
☐ Souffle cardiaque
☐ Asthme ou emphysème
☐ Stimulateur cardiaque
☐ Maladie pulmonaire
☐ Tuberculose
☐ Cancer
☐ Traitement stéroïdien
☐ Diabète
☐ Ulcères d'estomac
☐ Hypertension artérielle
☐ Hypotension artérielle
☐ Arthrite/rhumatisme
☐ Convulsions et crises d'épilepsie
☐ Maladie rénale
☐ TMaladie thyroïdienne
☐ Hyperglycémie ou hypoglycémie
☐ Troubles mentaux ou nerveux
☐ Problèmes circulatoires
☐ Transfusion sanguine
☐ Autre maladie transmissible/ infection transmissible
☐ Douleur thoracique/angine/ crise cardiaque
☐ Consommation ou dépendance à la drogue, à l'alcool ou au cannabis
☐ Essoufflement
☐ Ostéoporose

15. Y a-t-il des affections ou maladies non énumérées ci-dessus dont vous êtes atteint ou avez déjà été atteint? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____

_____

16. Y a-t-il des maladies ou des problèmes médicaux dans votre famille? ..... Oui ☐ Non ☐
    (p. ex., le diabète, le cancer ou les maladies cardiaques)
17. Fumez-vous, vapotez-vous, utilisez-vous des cigarettes électroniques ou mâchez-vous des produits du tabac? Oui ☐ Non ☐
18. Êtes-vous enceinte? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », quelle est la date prévue pour l'accouchement : _____

SUITE DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX À LA PAGE SUIVANTE

CENTRE DENTAIRE
ST-LUC

FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS

NOM DU PATIENT : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

19. Allaitez-vous actuellement? ..... Oui ☐ Non ☐
20. Vous identifiez-vous comme une personne handicapée? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : _____
    _____
21. Vous êtes-vous récemment rendu dans des régions où des maladies endémiques sont présentes? ..... Oui ☐ Non ☐
22. Avez-vous présenté de nouveaux symptômes tels que la toux, de la fièvre, des frissons, des vomissements, de la diarrhée, des éruptions cutanées ou une autre maladie depuis votre récent voyage ou récemment? ..... Oui ☐ Non ☐
23. Avez-vous été récemment exposé à une maladie infectieuse transmissible? ..... Oui ☐ Non ☐
    (par exemple, la rougeole, la varicelle ou la tuberculose)
24. Avez-vous récemment reçu un traitement antimicrobien? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez indiquer la raison : _____
    _____
25. Vos vaccinations sont-elles à jour? ..... Oui ☐ Non ☐
26. Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à votre santé qui n'ont pas été abordés ci-dessus? ..... Oui ☐ Non ☐
    Si vous avez coché « oui », veuillez préciser : _____
    _____

_____ _____

Signature PATIENT ☐ PARENT ☐ TUTEUR ☐ RESPONSABLE ☐ Date

_____ _____

Examiné par un dentiste Date