Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable _____ Date _____

Consentement et identification

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient ou responsable _____ Date _____

M. ☐ Mme ☐ _____

Nom en lettres moulées

Patient lui-même ☐
Parent/tuteur (si moins de 14 ans) ☐
Mandataire/responsable ☐
Autre ☐

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature _____ Date AA/MM/JJ _____ Signature _____ Date AA/MM/JJ _____

Signature _____ Date AA/MM/JJ _____ Signature _____ Date AA/MM/JJ _____

Signature _____ Date AA/MM/JJ _____ Signature _____ Date AA/MM/JJ _____

Signature _____ Date AA/MM/JJ _____ Signature _____ Date AA/MM/JJ _____

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

Ordre des dentistes du Québec

QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

Renseignements personnels

Prénom _____
Nom _____
Sexe F ☐ M ☐
Date de naissance _____ AA/MM/JJ
Num. d'ass. maladie _____ Expiration AA/MM
Adresse _____
Ville _____
Province _____ Code postal _____

Coordonnées

Tél. domicile _____
Tél. travail _____
Tél. cell. _____
Courriel _____

En cas d'urgence, appeler :

Nom _____
Lien avec patient _____
Tél. principal _____
Tél. cell. _____

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui _____

Craignez-vous les traitements dentaires ?
Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐

Précisez _____

Dernière visite 0 – 6 mois ☐ 6 – 12 mois ☐ + de 12 mois ☐

Traitement(s) reçu(s) _____ Oui Non

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ? ☐ ☐

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ? ☐ ☐

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

Patient(e) _____

Précautions opératoires — À l'usage du professionnel

Antécédents médicaux Oui Non

1.	Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?	☐ ☐	**Raison, détails et date**
2.	Êtes-vous suivi par un médecin ?	☐ ☐	_____
3.	Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?	☐ ☐	_____
4.	Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?	☐ ☐	_____
5.	Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?	☐ ☐	_____
6.	Êtes-vous enceinte ?	☐ ☐	
7.	Allaitez-vous ?	☐ ☐	
8.	Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?	☐ ☐	Spécifiez _____
9.	Prenez-vous des médicaments ?	☐ ☐	
10.	Prenez-vous des anovulants ☐ ou hormones ☐ ?	☐ ☐	

Veuillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois

Médicament et raison	Médicament et raison

Veuillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées

	Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)	☐	☐
Conditions cardiaques		
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	☐	☐
Infection du cœur (endocardite)	☐	☐
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	☐	☐
Tension artérielle (pression) haute ☐ basse ☐	☐	☐
Étourdissements, évanouissements	☐	☐
Maux de tête fréquents	☐	☐
Douleur à l'articulation de la mâchoire	☐	☐
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.)	☐	☐
Troubles ou maladies du système digestif	☐	☐
Précisez _____		
Troubles d'estomac ulcère ☐ reflux ☐	☐	☐
Troubles du rein	☐	☐
Diabète	☐	☐
Troubles thyroïdiens	☐	☐
Cancer (tumeur) Précisez _____	☐	☐
Radiothérapie	☐	☐
Chimiothérapie	☐	☐
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?	☐	☐
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	☐	☐
Précisez _____		

	Oui	Non
Maladies de peau	☐	☐
Problèmes oculaires (yeux)	☐	☐
Maux d'oreilles	☐	☐
Arthrite	☐	☐
Ostéoporose	☐	☐
Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)	☐	☐
Injection annuelle ou mensuelle	☐	☐
Douleur chronique	☐	☐
Épilepsie	☐	☐
Troubles ou maladies du système nerveux	☐	☐
Troubles ou maladies psychiatriques	☐	☐
Rhumes fréquents ou sinusite	☐	☐
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	☐	☐
Asthme	☐	☐
Rhume des foins/allergies saisonnières	☐	☐
Allergie ou manifestation à ces produits :		
Latex	☐	☐
Pénicilline	☐	☐
Autres antibiotiques	☐	☐
Codéine	☐	☐
Aspirine	☐	☐
Sulfamidés	☐	☐
Anesthésiques	☐	☐
Aliments	☐	☐
Produits contenant de l'iode	☐	☐
Autres : _____	☐	☐

Autres conditions médicales à mentionner : _____

_____

Autres aspects

Ronflez-vous ?	☐	☐
Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?	☐	☐
Fumez-vous ? ____ cig./jour ou ex-fumeur ☐	☐	☐
Consommez-vous de l'alcool ?	☐	☐
Fréquence : ____ verres ☐ /jour ☐ /sem. ☐ /mois	☐	☐
Consommez-vous des drogues ?	☐	☐
Prenez-vous de la méthadone ?	☐	☐

Réservé au dentiste pour notes particulières

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ce formulaire est produit par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec en collaboration avec l'Ordre des dentistes du Québec. Tous droits réservés.