

ROCKCLIFFE DENTAL & DENTURE CENTRE

681-A ch. Montréal Ottawa, Ontario K1K 0T1

EN CAS D'URGENCE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC :

Nom: _____

Lien de parenté: _____

No. Tél. (jour): _____

QUESTIONNAIRE - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:

ÉTAT DE SANTÉ:

M. - Mme- Mlle – Dr(e) (encerclez)

Nom: _____

Date de naissance: _____

Rue: _____

Ville: _____ Prov. : _____

Code postal: _____

Tél. domicile: _____

Tél. travail: _____

Nous apprécions les références. Qui devrions-nous remercier pour vous avoir référé(e) ou comment avez-vous entendu parler de notre bureau? Patient: Nom _____ Médecin: Nom _____

___ Site internet ___ Pages jaunes ___ Emplacement ___ Autres _____

Nom médecin de famille: _____

OHIP : _____

Courriel : _____

Cellulaire : _____

HISTORIQUE MÉDICAL :

Les renseignements suivants sont nécessaires afin de nous permettre de vous offrir les meilleurs soins dentaires possibles. Tous les renseignements sont strictement confidentiels et sont protégés par le secret professionnel exigé entre le patient et son dentiste. Le dentiste examinera les questions et pourra vous assister si vous avez besoin d'aide. Veuillez svp, compléter chacune des questions suivantes:

1. Recevez-vous présentement des soins pour un problème de santé quelconque ou en avez-vous reçus au cours de la dernière année? Si oui, précisez : _____ oui non pas certain

2. Quand avez-vous eu votre dernier examen médical? _____

3. Votre état de santé a-t-il changé au cours de la dernière année? Si oui, précisez: _____ oui non pas certain

4. Prenez-vous des médicaments, avec ou sans ordonnance, ou des compléments à base de plantes médicinales? Si oui, précisez : _____ oui non pas certain

5. Avez-vous des allergies? Si oui, lesquelles : _____ oui non pas certain

6. Avez-vous déjà eu des réactions particulières et/ou indésirables lors de la prise de certains médicaments, injections ou autres...? Si oui, précisez : _____ oui non pas certain

7. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de problèmes asthmatiques? oui non pas certain

8. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ou de tension artérielle? oui non pas certain

9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des murmures au cœur, un ballonnement de la valve mitrale ou de la fièvre rhumatismale? oui non pas certain

10. Avez-vous une prothèse ou une articulation artificielle? oui non pas certain

11. Un médecin vous a-t-il déjà recommandé la prise d'antibiotiques avant un traitement dentaire? oui non pas certain

12. Votre état de santé actuel et/ou certains traitements ou thérapies pourraient-ils affecter votre système immunitaire ex. leucémie, SIDA, infection VIH, radiothérapie, chimiothérapie etc ...? oui non pas certain

13. Avez-vous déjà eu la jaunisse, l'hépatite ou une maladie du foie? oui non pas certain

14. Souffrez-vous de problèmes de saignements et/ou d'hémorragie? oui non pas certain

15. Avez-vous déjà été hospitalisé pour cause de maladies ou pour une opération? Si oui, précisez : _____ oui non pas certain

16 Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants? Veuillez cocher :

douleur à la poitrine, angine souffle cours stimulateur cardiaque thérapie stéroïdienne crises (épilepsie...) arthrite
 alcoolisme/toxicomanie crise cardiaque accident cardiovasculaire prothèse valvulaire maladie pulmonaire tuberculose
 maladie rénale diabète ulcères d'estomac glande thyroïde régime à base de pilules cancer

17 Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème et/ou une maladie qui n'apparaît pas sur la liste ci-dessus? Si oui, précisez : _____ oui non pas certain

18. Y a-t-il des problèmes et/ou maladies héréditaires ou autres dans votre famille (cancer, diabète, cœur...) oui non pas certain

19. Fumez-vous ou mâchez-vous des produits reliés au tabac? oui non

20. Éprouvez-vous de la nervosité lors de vos traitements dentaires? oui non pas certain

21. Femmes seulement: allaitez-vous ou êtes-vous enceinte? Si vous êtes enceinte, quelle est la date prévue pour l'accouchement?

oui non pas certaine

Antécédents dentaires

1 Éprouvez-vous un malaise quelconque en ce moment? Oui Non

Si oui, précisez: _____

2. Dentiste précédent: _____ Dernier rendez-vous: _____

3. Avez-vous déjà eu un problème avec une anesthésie locale ou générale? Oui Non

4. Seriez-vous intéressé(e) à améliorer l'apparence de votre dentition? Oui Non

Avez-vous présentement des problèmes avec:

dents non solides saignements des gencives gencives sensibles
 dents sensibles mauvaise haleine craquements ou disjonction des mâchoires
 dent(s) manquante(s) maux de tête dents croches ou trop espacées
 prothèses dentaires insatisfaisantes

Renseignements sur vos assurances

Renseignements sur le titulaire de la police d'assurances:

Nom du titulaire de la police : _____

Date de naissance: _____

Nom de la cie d'assurances: _____ No. de la police : _____

No d'identification ou du contrat: _____

Employeur: _____

Faites vous une réclamation à plus d'une compagnie d'assurances

Oui Non Si oui, complétez les renseignements suivants:

Nom du titulaire de la police : _____

Date de naissance: _____

Nom de la cie d'assurances: _____ No. de la police : _____

No d'identification ou du contrat: _____

Employeur: _____

En plus des titulaires de police mentionnés ci-dessus, veuillez indiquer le nom du patient(e) et son lien de parenté avec le/la titulaire de la police d'assurances en cochant la case appropriée :

Nom du patient(e) _____ conjoint(e) personne à charge

Nom du patient(e) _____ conjoint(e) personne à charge

Nom du patient(e) _____ conjoint(e) personne à charge

CONSENTEMENT ET AUTORISATION:

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont, au meilleur de ma connaissance, vrais, complets et exacts.

JE, SOUSSIGNÉ(E), _____, AUTORISE ET CONSENT À RECEVOIR LES SOINS DENTAIREs NÉCESSAIRES OU RECOMMANDÉS, TEL QU'ENTENDU, POUR MOI-MÊME ET/OU POUR LES MEMBRES DE MA FAMILLE.

J'ASSUMERAI LA RESPONSABILITÉ DES FRAIS ASSOCIÉS À CES SOINS DENTAIREs. J'AUTORISE LA DIVULGATION À MA COMPAGNIE D'ASSURANCES/ADMINISTRATEUR DE MA POLICE, DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LES RÉCLAMATIONS ET ESTIMÉS POSTÉS OU SOUMIS ÉLECTRONIQUEMENT PAR ROCKCLIFFE DENTAL & DENTURE CENTRE.

Signature du patient/parent/tuteur: _____ Date: _____

Signature du dentiste : _____ Date _____