

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 _____

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 complications 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.

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. Allaitiez-vous ?
8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? **Spécifiez** _____
9. Prenez-vous des médicaments ?
10. Prenez-vous des anovulants ou hormones ?

Veillez 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 |
|----------------------|----------------------|
| | |
| | |
| | |

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

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|
| Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Maladies de peau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Conditions cardiaques | | | Problèmes oculaires (yeux) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infarctus, angine, chirurgie, etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Maux d'oreilles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infection du cœur (endocardite) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Arthrite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ostéoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tension artérielle (pression) haute <input type="radio"/> basse <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Étourdissements, évanouissements | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Injection annuelle ou mensuelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maux de tête fréquents | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Douleur chronique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Douleur à l'articulation de la mâchoire | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Épilepsie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Troubles ou maladies du système nerveux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Troubles ou maladies du système digestif | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Troubles ou maladies psychiatriques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Précisez _____ | | | Rhumes fréquents ou sinusite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Troubles d'estomac ulcère <input type="radio"/> reflux <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tuberculose ou problèmes pulmonaires | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Troubles du rein | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabète | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rhume des foins/allergies saisonnières | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Troubles thyroïdiens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergie ou manifestation à ces produits : | | |
| Cancer (tumeur) Précisez _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Latex <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Sulfamidés <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Radiothérapie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pénicilline <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Anesthésiques <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chimiothérapie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Autres antibiotiques <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Aliments <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Codéine <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Produits contenant de l'iode <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Aspirine <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Autres : _____ <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Précisez _____ | | | 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

Consent to communicate with a health professional

Family physician, specialist, pharmacist, other

| Name | Title | Institution / telephone |
|------|-------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

I hereby agree to allow the dentist and his or her staff to obtain information that is relevant to or consistent with the purpose of the file from the health professionals listed above or to disclose such information to these health professionals.

Signature of the patient or designated representative _____

Date _____

Consent and identification

I have filled out this medical-dental questionnaire to the best of my knowledge.

Signature of the patient or designated representative _____

Date _____

- Patient him/herself
Parent/guardian (if under 14 yrs. old)
Legal/authorized representative
Other

Mr. Ms.

Name in print

I have reviewed the medical-dental questionnaire and indicated all changes.

Signature _____ Date YY/MM/DD Signature _____ Date YY/MM/DD

Signature _____ Date YY/MM/DD Signature _____ Date YY/MM/DD

Signature _____ Date YY/MM/DD Signature _____ Date YY/MM/DD

Signature _____ Date YY/MM/DD Signature _____ Date YY/MM/DD



ASSOCIATION DES
CHIRURGIENS DENTISTES
DU QUÉBEC



Ordre des dentistes
du Québec

CONFIDENTIAL MEDICAL-DENTAL QUESTIONNAIRE

A patient's dental file contains information on the care provided to the patient. It is protected by law and professional secrecy and kept at the dental office, where only the dentist and his or her staff have access to it. Patients are also entitled to access their file and make corrections.

Personal Information

First name _____

Last name _____

Sex F M

Date of birth _____

Health Ins. No. _____ Expiry _____

Address _____

City _____

Province _____ Postal code _____

Contact Information

Home tel. _____

Work tel. _____

Cell phone _____

E-mail _____

For emergencies, call:

Name _____

Relationship to patient _____

Main tel. _____

Cell phone _____

Dental Information

Reason for today's visit _____

Do you fear dental treatments?

Not at all A little Very much

Specify _____

Last visit 0-6 months 6-12 months + than 12 months

Treatment(s) received _____ Yes No

With panoramic radiographs (large x-ray) _____

With intraoral radiographs (small x-rays) _____

This questionnaire will help the dentist and his or her staff provide the best possible care and reduce the risk of medical complications. It is in the patient's best interest to carefully fill it out and notify the dentist of any change in their health condition.



Operative precautions—For use by the professional

Medical history

1. Would you like to speak privately with your dentist?
2. Are you being treated by a physician?
3. Have you ever had surgery or been hospitalized?
4. Do you have joint prostheses (hip, knee, etc.)?
5. Have you gained or lost a lot of weight recently?
6. Are you pregnant?
7. Are you breastfeeding?
8. Are you taking natural or homeopathic products?
9. Are you taking medication?
10. Are you taking birth control or hormones ?

Yes No

Reason, details and date

Specify _____

Please indicate all medication (including birth control and hormones) that you are taking or have taken in the last 12 months

| Medication and reason | Medication and reason |
|-----------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |

Please check Yes or No for each current or past condition

| | Yes | No | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---|
| Blood disorders (hemophilia, anemia, prolonged bleeding)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Skin diseases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heart conditions | | | Eye disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarction (heart attack), angina, surgery, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Earaches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heart infection (endocarditis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surgery to replace or repair a valve /cusp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blood pressure high <input type="checkbox"/> low <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prevention / treatment (e.g.: tablets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dizziness, fainting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annual or monthly injection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frequent headaches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronic pain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jaw pain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liver disorders (hepatitis A, B, C. cirrhosis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervous system disorders or diseases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Digestive system disorders or diseases | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mental disorders or illnesses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Specify _____ | | | Frequent colds or sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stomach disorders ulcer <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis or lung disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kidney disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hay fever / seasonal allergies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Thyroid disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergy or manifestation with products containing: | | |
| Cancer (tumour) Specify _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sulfonamides | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Radiotherapy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicillin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Anesthetic | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Chemotherapy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other antibiotics <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Food | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Do you suffer from dry mouth? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codeine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Iodine-containing products | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Sexually transmitted or blood-borne infections (STBBI) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Other: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Specify _____ | | | Other medical conditions that should be mentioned: _____ | | |

Other aspects

Do you snore?

Do you suffer from sleep apnea?

Do you smoke? ____ cig./day or ex-smoker

Do you drink alcohol?

 Frequency: ____ drinks /day /week /month

Do you take drugs?

Do you take methadone?

Section reserved for the dentist's special notes
