

tre coopération pour remplir le présent questionnaire est essentielle en vue de  
us 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 : \_\_\_\_\_

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 ?**

- |                                                                |                                                   |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ami                                   | <input type="checkbox"/> Membre de la famille     | <input type="checkbox"/> Collègue                                      |
| <input type="checkbox"/> Membre du personnel de notre clinique | <input type="checkbox"/> Patient à notre clinique | <input type="checkbox"/> Recommandation d'un professionnel de la santé |
| <input type="checkbox"/> Site Web/Internet                     | <input type="checkbox"/> Publicité                | <input type="checkbox"/> J'ai moi-même vu l'enseigne/la clinique       |
| <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

**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 ☐ Non ☐
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

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (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**

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) :

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

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**

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

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

19. Allaitiez-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