

INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ SEXE : F M Autre

DATE DE NAISSANCE : Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ TUTEUR : \_\_\_\_\_

ADRESSE : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

TÉL. : domicile : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

EN CAS D'URGENCE, contactez : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

N° RAMQ : \_\_\_\_\_ Exp: Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

RAISON DE LA VISITE : \_\_\_\_\_

HANDICAPS ET LIMITATIONS : Fauteuil roulant Canne Marchette Le patient doit être accompagné

Précisions : \_\_\_\_\_

Antibiothérapie prophylactique nécessaire : OUI NON

HISTOIRE MÉDICALE

	OUI	NON		OUI	NON
1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? .....			10. Troubles de la tension artérielle (haute ou basse) .....		
Si oui,			11. Troubles vasculaires (ACV, thrombophlébite) .....		
Nom : _____ Prénom : _____			12. Troubles sanguins (hémophilie, anémie, mononucléose) .....		
Spécialité : _____			13. Troubles pulmonaires (asthme, emphysème, tuberculose, MPOC) .....		
Fréquence des suivis : _____ Raison : _____			14. Troubles hépatiques (jaunisse, hépatite A B C, cirrhose) .....		
2. Prenez-vous ou avez-vous pris au cours des 6 derniers mois des médicaments, des produits naturels ou homéopathiques? .....			15. Troubles digestifs (reflux, ulcère d'estomac, maladie de Crohn) .....		
Si oui, préciser la médication au verso			16. Troubles endocriniens (hypothyroïdie, hyperthyroïdie) .....		
3. Avez-vous fait de la fièvre de plus de 38°C dans la dernière semaine			17. Troubles rénaux (insuffisance, pierres au rein) .....		
4. Avez-vous été hospitalisé depuis les 2 dernières années? .....			18. Troubles neurologiques (épilepsie, parkinson, sclérose en plaques) ...		
Si oui,			19. Troubles cognitifs et d'apprentissage (THA, TDAH, autisme, TED) .....		
Raison : _____ Année : _____			20. Troubles psychiatriques (dépression, anxiété, schizophrénie, bipolarité, trouble de personnalité limite) .....		
Raison : _____ Année : _____			21. Maladies inflammatoires (arthrite) .....		
Raison : _____ Année : _____			22. Infections transmissibles par le sang et la salive (ITSS/MTS) .....		
5. Décrivez votre consommation de tabac, drogue, alcool:			23. Fièvre rhumatismale .....		
_____			24. Diabète (Type I ou II) .....		
6. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu :			25. Sinusite, rhinite chronique .....		
Maquillage permanent Acupuncture			26. Glaucome .....		
Perçage corporel Électrolyse			27. Cancer .....		
Blessure avec une aiguille souillée			Si oui,		
7. Êtes-vous enceinte? .....			Localisation : _____ Année : _____		
Si oui, de combien de semaines _____			Traitements : _____		
Prenez-vous des anovulants? .....			28. Avez-vous subi une greffe? .....		
Êtes-vous ménopausée? .....			29. Avez-vous une ou des prothèses articulaires? (hanche, genou)		
8. Avez-vous déjà eu une réaction allergique aux produits suivants :			Si oui, depuis combien d'années? _____		
Latex .....			30. Suivez-vous une diète spéciale? .....		
Aspirine .....			31. Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise? .....		
Pénicilline .....			32. Êtes-vous séropositif (VIH)? .....		
Aliments .....			33. Maux de tête fréquents, migraines .....		
Autres .....			34. Perte de conscience, vertiges .....		
<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :</b>			35. Perte ou gain de poids anormal, anorexie, difficulté à avaler .....		
9. Troubles cardiaques (infarctus, angine, arythmie, souffle au cœur, endocardite, valvulopathie) .....			36. Fatigue ou stress important .....		

Je soussigné, déclare avoir lu, compris m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement à mon état de santé. Par la présente, j'autorise la constitution de mon dossier d'hygiène dentaire. On m'a informé que mon dossier sera conservé en tout temps au bureau de l'hygiéniste dentaire traitant qui seul y aura accès. Les informations y contenues sont protégées par la loi et le secret professionnel. J'ai le droit à consulter mon dossier en tout temps et d'y demander une rectification si nécessaire. Les informations sont protégées par la loi et le secret professionnel.

Signature du patient/responsable : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses inscrites au questionnaire médical et avoir pris les précautions nécessaires, le cas échéant.

Signature de l'hygiéniste dentaire : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

