

OUVERTURE DE VOTRE DOSSIER

Nom : _____	Employeur : _____
Prénom : _____	Poste : _____
Adresse : _____	N° d'ass. sociale : _____
Ville : _____	N° d'ass. maladie : _____
Province : _____	Date d'expiration : _____
Code postal : _____	Responsable financier : _____ (Parent ou tierce personne qui paie vos soins dentaires)
Date de naissance : _____	Avez-vous des assurances dentaires ? _____
Sexe : _____ Langue : _____	Si oui, quelle compagnie ? _____
Tél. résidence : _____	Titulaire de la police : _____
Tél. bureau : _____ poste : _____	Nom du conjoint : _____
Tél. cellulaire : _____	Employeur : _____
Tél. paget : _____	Poste : _____
Courriel : _____	Tél. bureau (urgence) : _____ poste : _____

État civil :
 Célibataire Marié(e) Union de fait Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Qui vous a référé à notre clinique ?
 Ami, son nom svp : _____ Parent, son nom svp : _____
 Publicité Pages blanches Pages jaunes Annonce extérieure

VOTRE HISTOIRE DENTAIRE

Depuis combien de temps avez-vous vu un dentiste ? _____
À quand remonte votre dernier examen dentaire complet ? _____
À quand remonte les dernières radiographies complètes de votre bouche ? _____
Avez-vous présentement des problèmes ? ____ Lesquels ? _____
Au cours des cinq dernières années, avez-vous eu des problèmes particuliers ? _____

Veillez cocher, parmi les énoncés suivants, ceux qui s'appliquent à votre histoire dentaire. Merci !

- Je suis insatisfait(e) de l'apparence de mes dents.
- Je suis craintif(ve) aux traitements dentaires.
- Je crois que je porterai un dentier un jour.
- J'ai eu des mauvaises expériences chez le dentiste.

- J'ai déjà eu des traitements périodontiques (traitements de gencives ; curetage, greffe...)
- J'ai des problèmes d'haleine.
- Il arrive que des aliments demeurent coincés entre mes dents.
- Mes gencives saignent, sont sensibles ou irritées.

- J'ai des dents branlantes ou déplacées.
- Mes dents sont sensibles au chaud, au froid, au sucré ou à la pression.
- Il m'arrive de grincer des dents.
- À mon réveil, mes mâchoires sont sensibles.
- J'ai des maux de tête, des maux d'oreille ou de la douleur au cou.

- J'ai déjà perdu des dents, autres que mes dents de sagesse.
- Ces dents manquantes ont été remplacées.
- On m'avait suggéré ce remplacement.
- J'ai déjà porté des broches.
- J'ai déjà eu des traitements de canaux.
- Je crois que mes dents se décolorent.

- J'utilise la soie dentaire.
- J'aimerais que vous m'aidiez à développer des méthodes d'hygiène adéquates que je pourrais utiliser à la maison, afin d'éliminer mes problèmes dentaires.

À l'aide des chiffres 1, 2, 3 et 4 (1 étant la raison principale et 4 la dernière raison), veuillez évaluer les raisons qui vous ont empêché de recevoir des traitements dentaires.

- | | |
|------------------------|--|
| ___ Manque d'intérêt | ___ Coût des traitements |
| ___ Peur de la douleur | ___ Non disponibilité à cause du travail |

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Pour votre sécurité et la nôtre, veuillez cocher les cases pour lesquelles vous avez des problèmes particuliers. Nous vous remercions de votre coopération. (Veuillez noter que ces renseignements resteront confidentiels.)

- Fièvre rhumatismale
- Problèmes cardiaques
- Haute pression
- Basse pression
- Diabète
- Évanouissements répétés ou épilepsie
- Ulcères ou problèmes d'estomac
- Problèmes nerveux
- Asthme
- Saignements anormaux
- Chirurgie (radiations pour un kyste ou une tumeur)
- Problèmes de foie : Hépatite A, B ou C
- Séropositif
- Autre : _____

Êtes-vous allergique à :

- La pénicilline
- La codéine
- Autre : _____

Avez-vous des problèmes de santé autres que ceux énumérés ci-haut ? _____
 Êtes-vous sous les soins d'un médicament présentement ? _____ Pourquoi ? _____
 Prenez-vous des médicaments présentement ? _____
 Lesquels ? _____
 Êtes-vous enceinte / date d'accouchement : _____

Quel est le nom de votre dentiste précédent ? _____
 Nom, adresse et numéro d'un parent qui n'habite pas avec vous en cas d'urgence : _____
 Médecin de famille : _____ Tél. : () _____
Signature du patient : _____ **Date :** _____