

Téléphone (450) 436-2520

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 Paul
 Nom de famille Therrien
 Sexe Homme
 Date de naissance 2008/08/31
 Num. d'ass. maladie THEW 1208 0812 Expiration 2023 08
 Adresse 125 rue des Lilas APP.
 Ville Fleurimont
 Province Québec Code postal f8j 6h5
 Parent ou tuteur #1 Samuel Therrien
 Parent ou tuteur #2 Lea Lalonde

Coordonnées

Tél. domicile (760) 555-9421 Tél. travail (760) 555-9234 poste: 133
 Tél. cell. (760) 555-3144
 Courriel lealalonde@meublesantiques.com

En cas d'urgence, appeler :

Nom Lea Lalonde
 Lien avec patient Mère
 Tél. principal (760) 555-9421
 Tél. cell. (760) 555-3144

Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui Carrie
 Craignez-vous les traitements dentaires ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup
 Précisez Les serindes

Dernière visite 0 à 6 mois 7 à 12 mois + de 12 mois
 Traitement(s) reçu(s) Nettoyage 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 complication(s) 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.

Antécédents médicaux

	Oui	Non
1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Êtes-vous suivi par un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Allaitiez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Prenez-vous des anovulants <input type="checkbox"/> ou hormones <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Raison, détails et date

2.
 3. Bras cassé
 4.
 5.
 8.
 (Arrows from the 'Non' column of the medical history section point to these items)

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
1	5
2	6
3	7
4	8

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

	Oui	Non		Oui	Non
11. Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	23. Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Conditions cardiaques			24. Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25. Cancer (tumeur) Précisez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Infection du coeur (endocardite)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Avez-vous reçu des traitements : Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/>		
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	26. Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez		
14. Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	27. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Douleur à l'articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	29. Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	30. Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Troubles ou maladies du système digestif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés)	<input type="checkbox"/>	
Précisez			Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	
19. Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	31. Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20. Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	32. Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33. Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

	Oui	Non		Oui	Non
34. Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	39. Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
35. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40. Autres conditions médicales à mentionner :		
36. Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Autres aspects		
37. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	41. Ronflez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
38. Allergie ou manifestation à ces produits :			42. Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sulfamidés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anesthésiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Autres antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aliments	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Codéine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Produits contenant de l'iode	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Autres allergie			43. Fumez-vous ? _____ cig./jour ou ex-fumeur <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			44. Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Fréquence : _____ verres Fréquence		
			45. Consommez-vous des drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			46. Prenez-vous de la méthadone ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Précautions opératoires — À l'usage du professionnel

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique dentaire (2 choix) ?

- Site internet
 Page Facebook
 En passant devant la clinique

- Dépliant publicitaire
 Panneaux publicitaires
 Un journal

- Ami, parent

Luc LeGrand

Je désire recevoir les infolettres du Centre dentaire Saint-Antoine par courriel ainsi que les informations sur les produits, services et offres spéciales.

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement / téléphone
dre Maeva Nguyen, médecin de famille, Clinique des Roses, 760-555-1234		

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.

Lea Lalonde

25-08-2020

Signature du patient ou responsable

Date

NOTRE POLITIQUE POUR LES RENDEZ-VOUS

- Les honoraires sont payables à chaque rendez-vous.
- Méthodes de paiement acceptées : argent comptant, Débit et les cartes de crédit Visa ou Mastercard.
- Pour offrir un service de qualité, nous avons besoin de votre collaboration. Nous avons une politique stricte pour une saine gestion de nos rendez-vous, nous vous demandons donc :
 - De bien noter la date et l'heure de vos rendez-vous ;
 - Si vous ne pouvez pas vous présenter à votre rendez-vous, nous vous demandons de nous en informer au moins 48 heures à l'avance. Nous avons une boîte vocale à votre disposition 24 heures sur 24, et ce, 7 jours par semaine ;
 - Des frais de 30 \$ seront applicables dans le cas d'un rendez-vous manqué ou annulé sans préavis de 48 heures et nous nous réservons le droit de fermer votre dossier pour tout autre rendez-vous manqué subséquent.

CONSENTEMENT ET IDENTIFICATION

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance et pris connaissance de la politique pour les rendez-vous de la clinique.

Lea Lalonde

25-08-2020

Signature du patient ou responsable

Date

Mme

Lea Lalonde

Civilité,

prénom,

nom de famille

Réservé au dentiste pour notes particulières

Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64; rv:79.0)
Gecko/20100101 Firefox/79.0

statut du signataire

Le parent/tuteur (si moins de 14 ai

184.162.18.16