

**INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES**

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

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. : Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ OCCUPATION : \_\_\_\_\_

PLAINTÉ PRINCIPALE ET RAISON DE LA VISITE : \_\_\_\_\_

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

Handicap physique : \_\_\_\_\_

Antibiothérapie prophylactique nécessaire :  OUI  NON

**HISTOIRE MÉDICALE**

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

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 et que seule l'équipe dentaire y aura accès. On m'a aussi informé de mon droit à consulter mon dossier en tout temps et d'y demander une rectification si nécessaire.

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 : \_\_\_\_\_

