

Questionnaire médical

Prénom et nom		Date du jour (jour/mois/année)
Occupation		Date de naissance (jour/mois/année)
Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence		Nom de la personne qui vous a référé à la clinique OroSphere
Poids	Taille	Sexe

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? Oui Non
Lequel ? _____
2. Prenez-vous présentement des médicaments? Oui Non
Si oui lesquels ? _____
3. Prenez-vous présentement des produits naturels ? Oui Non
Si oui lesquels ? _____
4. Avez-vous eu une perte de poids marquée dernièrement ? Oui Non
5. Êtes-vous enceinte ? Oui Non
6. Allaitiez-vous Oui Non
7. Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) Oui Non
8. Fumez-vous ? Oui Non
9. Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? Oui Non
10. Consommez-vous de la drogue ? Oui Non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de :

11. Troubles cardiaques
(infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle, etc.) Oui Non
12. Fièvre rhumatismale Oui Non
13. Saignements prolongés Oui Non
14. Anémie Oui Non
15. Tension artérielle (pression) : haute basse Oui Non
16. Rhumes fréquents ou sinusite Oui Non
17. Tuberculose ou problèmes pulmonaires Oui Non
18. Troubles digestifs ou reflux Oui Non
19. Ulcère de l'estomac Oui Non
20. Problèmes du foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.) Oui Non
21. Troubles du rein Oui Non
22. Infections transmises sexuellement (ITS) Oui Non
23. Diabète Oui Non
24. Troubles thyroïdiens Oui Non
25. Maladies de la peau Oui Non
26. Problèmes oculaires (yeux) Oui Non
27. Arthrite Oui Non
28. Ostéoporose Oui Non
29. Épilepsie Oui Non
30. Troubles nerveux Oui Non
31. Dépression Oui Non

32. Maux de tête fréquents Oui Non
33. Étourdissements, évanouissements Oui Non
34. Maux d'oreilles Oui Non
35. Rhume des foins Oui Non
36. Asthme Oui Non
37. Trouble du sommeil (ronflement, apnée) Oui Non
38. Cancer Oui Non
Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie
et/ou de chimiothérapie (tumeur) Oui Non
39. Sida ou VIH Oui Non
40. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) Oui Non
41. Avez-vous déjà eu une réaction allergique
ou autre aux produits suivants :
Aliments Oui Non
Aspirine Oui Non
Pénicilline Oui Non
Autres antibiotiques Oui Non
Spécifiez : _____
Iode Oui Non
Sulfamides Oui Non
Codéine Oui Non
Latex Oui Non
Anesthésie locale Oui Non
Autres Oui Non
Spécifiez : _____
42. Avez-vous déjà été hospitalisé ? Oui Non
Pourquoi ? _____
43. Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales
autres que dentaires ? Oui Non
Si oui, lesquelles et quand :
_____ date _____
_____ date _____
44. Est-ce que vous ou quelqu'un dans votre famille a déjà eu des problèmes suite
à une anesthésie ? Oui Non
Lesquels ? _____
45. Avez-vous d'autres problèmes de santé ? Oui Non
Spécifiez : _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

- Êtes-vous suivi par un dentiste ? Oui Non
- Lequel : _____
- À quand remonte votre dernier examen et instruction d'hygiène ?
0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois

Acceptez-vous que vos radiographies ou photos soient utilisées
pour des fins d'enseignement Oui Non

IMPORTANT Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Signature du patient ou de son responsable _____ date _____

Réservé à l'usage du professionnel :

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire médical et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature du professionnel _____ date _____