



QUESTIONNAIRE D'ENREGISTREMENT
CONFIDENTIEL

NOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE: M F

ADRESSE : _____

APP. : _____ VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL RÉS. : _____ TÉL. BUR. : _____

CELLULAIRE : _____ AUTRE : _____

COURRIEL : _____

QUI VOUS A RÉFÉRÉ? : _____

EST-CE QUE CETTE PERSONNE EST SUIVIE À NOTRE CLINIQUE ? _____

EN CAS D'URGENCE, PRÉVENIR ? : _____

LIEN : _____ TÉL : _____

ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOCIALE OU UN ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 10 ANS? _____

SI OUI, NO. D'ASSURANCE MALADIE : _____ EXPIRATION : _____

RESPONSABLE DES FRAIS : SOI CONJOINT AUTRE NOM : _____

ASSURANCE DENTAIRE OUI NON NOM DE LA COMPAGNIE : _____

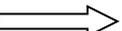
NO. DE POLICE OU CONTRAT : _____ NO. DE CERTIFICAT : _____

DÉTENTEUR DE L'ASSURANCE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE SI DIFFÉRENTE DE CI-HAUT : _____

Bienvenue et merci de faire confiance au personnel de la Clinique Dentaire Samuel Holland.

Suite 

Nom : _____ Date de naissance : _____

Histoire Médicale

- Avez-vous un médecin de famille? Oui Non
Si oui : Nom _____ Tél. _____
- Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois ? Oui Non
Si oui, lesquels ? _____
- Fumez-vous ? Oui Non
- Êtes-vous enceinte? Oui Non Prenez-vous des anovulants? Oui Non
- Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ?
 - Rhumes fréquents ou sinusite Oui Non Tuberculose ou problèmes pulmonaires Oui Non
 - Maladie rhumatismale Oui Non Saignements prolongés Oui Non
 - Anémie Oui Non Zona Oui Non
 - Troubles digestifs Oui Non Ulcère de l'estomac Oui Non
 - Troubles du rein Oui Non Asthme Oui Non
 - Diabète Oui Non Troubles thyroïdiens Oui Non
 - Maladie de la peau Oui Non Glaucome (yeux) Oui Non
 - Arthrite Oui Non Épilepsie Oui Non
 - Troubles nerveux Oui Non Maux de tête fréquents Oui Non
 - Maux d'oreilles Oui Non Étourdissements, évanouissements Oui Non
 - Ostéoporose Oui Non
 - Troubles cardiaques (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) Oui Non
 - Tension artérielle (pression) Haute Basse Oui Non
 - Problèmes de foie (hépatite : virus A,B,C, cirrhose, etc..) Oui Non
 - Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)? Oui Non
 - Infections transmises sexuellement (ITS) Oui Non
 - Êtes-vous séro-positif au test du SIDA? Oui Non
 - Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.) ? Oui Non
 - Autre maladie _____
- Avez-vous déjà fait une réaction (allergie) aux produits suivants :
 - Aliments Oui Non Pénicilline Oui Non
 - Aspirine Oui Non Codéine Oui Non
 - Sulfamides Oui Non Iode Oui Non
 - Anesthésie locale Oui Non Autre : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Oui Non
Si oui, lesquelles? Et quand? _____

Je soussigné(e), déclare avoir lu, compris, m'être renseigné(e) et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostique, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé(e) que mon dossier dentaire sera conservé au cabinet en tout temps et que le (les) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès. On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

Signature : _____ Date : _____
Patient(e) ou responsable

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

Signature dentiste traitant : _____ Date : _____

*Ces renseignements demeurent confidentiels et sont utilisés seulement dans le but de protéger votre santé.