

Patient ID # _____



RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET CONFIDENTIELS

Nom		Prénom		Sexe	Date de naissance
Adresse				Téléphone maison	
Ville		Province	Code Postal	Téléphone travail	
Adresse courriel				Cellulaire	
Numéro d'assurance maladie		Date d'expiration		Numéro d'assurance sociale	
Si enfant mineur, nom du parent responsable		Occupation		Employeur	
Nom et prénom conjoint(e)		Occupation du (de la) conjoint (e)		Employeur du (de la) conjoint (e)	
Référé par			Autres membres de la famille qui sont patients ici		

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom		Prénom		Lien
Téléphone maison	Téléphone travail		Cellulaire	

DEMANDE DE COMMUNICATION CONFIDENTIELLE

- Je vous accorde permission de :
- OUI NON
- me contacter à la maison
 - me contacter sur mon cellulaire
 - me contacter au travail
 - me contacter par courriel
 - laisser message sur boîte vocale à la maison
 - laisser message sur boîte vocale sur cellulaire
 - laisser message sur boîte vocale au travail

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS ET ASSURANCES

Responsable du compte : Moi-même Conjoint(e) Parent : _____

Assurance primaire		Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police	Numéro de certificat	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Nom et prénom du titulaire			Date de naissance du titulaire	Relation du patient au titulaire	
				<input type="checkbox"/> Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
% Traitement de base	% Traitement majeur	% Orthodontie	Maximum à vie	Montant alloué par année	
Intervalle des rappels	Unités de détartrage par année	Tarif de l'année	Franchise	Autres infos	

Assurance secondaire		Nom de la compagnie d'assurance	Numéro de police	Numéro de certificat	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Nom et prénom du titulaire			Date de naissance du titulaire	Relation du patient au titulaire	
				<input type="checkbox"/> Soi <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
% Traitement de base	% Traitement majeur	% Orthodontie	Maximum à vie	Montant alloué par année	
Intervalle des rappels	Unités de détartrage par année	Tarif de l'année	Franchise	Autres infos	

Je, soussigné(e) _____ autorise le remboursement des assurances directement aux dentistes du Centre Dentaire de Gatineau. Je reconnais être entièrement responsable de toute balance due et autorise les dentistes à divulguer toute information clinique à des fins de réclamation.

J'autorise également le Centre Dentaire de Gatineau à prendre les photographies ainsi que des radiographies avant, pendant et après traitement à des fins d'éducation dentaire, et de publication soit sur le site internet du Centre Dentaire de Gatineau ou dans un article scientifique.

Signature patient(e) : _____

Date : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient _____ Surnom _____ Âge _____
 Nom du médecin et sa spécialité _____
 Examen médical le plus récent _____ Raison _____
 Comment percevez-vous votre état de santé général? Excellent Bon Passable Médiocre

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU:

OUI NON

1. hospitalisation en raison de maladie ou de blessure _____
2. Une réaction allergique à
 - aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine
 - pénicilline
 - érythromycine
 - tétracycline
 - sulfamide
 - anesthésique local
 - fluorure
 - métaux (nickel, or, argent, _____)
 - latex
 - autre _____
3. problèmes cardiaques, ou endoprothèse coronaire ces six derniers mois _____
4. antécédents d'endocardite infectieuse _____
5. valvule cardiaque artificielle, anomalie cardiaque réparée _____
6. stimulateur cardiaque ou défibrillateur implantable _____
7. prothèse artificielle (valvule cardiaque ou articulations) _____
8. scarlatine ou rhumatisme articulaire aigu _____
9. hypertension ou hypotension _____
10. accident vasculaire cérébral (prise d'anticoagulants) _____
11. anémie ou autre trouble sanguin _____
12. saignements prolongés suite à une petite coupure (INR > 3,5) _____
13. emphysème, saccoïdose _____
14. tuberculose _____
15. asthme _____
16. troubles respiratoires ou troubles du sommeil (ronflement, sinus, etc.) _____
17. maladie rénale _____
18. maladie du foie _____
19. jaunisse _____
20. maladie de la thyroïde ou de la parathyroïde ou carence calcique _____
21. déficiences hormonales _____
22. cholestérol élevé ou prise de statines _____
23. diabète (HbA1c = _____) _____
24. ulcère duodénal ou à l'estomac _____
25. troubles digestifs (par exemple reflux gastrique) _____

OUI NON

26. Ostéoporose/ostéopénie (par exemple prise de bisphosphonates) _____
27. arthrite _____
28. glaucome _____
29. verres de contact _____
30. blessures du cou ou de la tête _____
31. épilepsie, convulsions _____
32. problèmes neurologiques (trouble de l'attention) _____
33. infections virales et boutons de fièvre _____
34. grosseurs ou enflures dans la bouche _____
35. urticaire, éruption cutanée, rhume des foins _____
36. maladie transmissible sexuellement _____
37. hépatite (type _____) _____
38. VIH/SIDA _____
39. tumeur, grosseur anormale _____
40. radiothérapie _____
41. chimiothérapie _____
42. problèmes affectifs _____
43. traitement psychiatrique _____
44. médicament antidépresseur _____
45. dépendance à l'alcool et aux drogues _____

ÊTES-VOUS :

46. actuellement traité(e) pour une autre maladie _____
47. conscient(e) d'un changement de votre état de santé _____
48. sous médicament pour perdre du poids (fen-phen) _____
49. sous supplément diététique _____
50. souvent fatigué(e) ou épuisé(e) _____
51. sujet(te) à des maux de tête fréquents _____
52. fumeur(euse) ou ancien fumeur (ancienne fumeuse) _____
53. considéré(e) susceptible _____
54. souvent malheureux(euse) ou déprimé(e) _____
55. FEMME – sous pilule contraceptive _____
56. FEMME - enceinte _____
57. HOMME – troubles de la prostate _____

Décrivez les traitements médicaux actuels, chirurgies imminentes, ou autres traitements qui peuvent avoir un effet sur votre traitement dentaire.

Répertoriez tous les médicaments, suppléments et vitamines pris ces deux dernières années

Médicament	But	Médicament	But
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Demandez une feuille supplémentaire si vous prenez plus de 6 médicaments

AVERTISSEZ-NOUS À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DE VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU DE TOUT MÉDICAMENT QUE VOUS POUVEZ PRENDRE.

Signature du patient _____ Date _____

Signature du médecin _____ Date _____



ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Recommandé(e) par _____ Comment évaluez-vous l'état de votre bouche? Excellent Bon Passable Médiocre
 Dentiste précédent _____ Depuis combien de temps êtes-vous un patient? _____ Mois/années
 Date de l'examen dentaire le plus récent ____/____/____ Date des radios les plus récentes ____/____/____
 Date du traitement le plus récent (autre qu'un nettoyage) ____/____/____
 Je vois régulièrement mon dentiste tous les : 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois Pas régulièrement

QUEL EST VOTRE SOUCI IMMÉDIAT ? _____

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON À CE QUI SUIT :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Craignez-vous les traitements dentaires? Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (beaucoup) [] _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire défavorable? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà eu des complications de traitement dentaire antérieur? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà eu de la difficulté à être insensibilisé ou avez-vous eu des réactions aux anesthésiques locaux? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, reçu un traitement orthodontique ou une correction de l'occlusion? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous déjà eu des dents arrachées? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Aimerez-vous changer quelque chose dans l'apparence de vos dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà blanchi vos dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou gêné par l'aspect de vos dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous été déçu(e) par les résultats de travaux dentaires antérieurs? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Avez-vous des problèmes d'articulation de la mâchoire? Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (beaucoup) [] _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous/auriez-vous des problèmes pour mâcher de la gomme? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Avez-vous/auriez-vous des difficultés à mâcher des baguels, des baguettes, des barres de protéine, ou autres aliments durs? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Est-ce que vos dents ont changé au cours de ces 5 dernières années, raccourci, réduit d'épaisseur ou est-ce qu'elles se sont usées? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Est-ce que vos dents sont trop serrées ou trop écartées? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Pour que vos dents s'ajustent ensemble, avez-vous plus d'une occlusion et plus d'un serrage? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles, utilisez vos dents pour tenir des objets ou avez-vous d'autres habitudes orales? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Est-ce que vous serrez les dents dans la journée ou est-ce que vous les rendez douloureuses? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Avez-vous des problèmes de sommeil ou de réveil avec une prise de conscience de vos dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Portez-vous ou avez-vous déjà porté un appareil correcteur d'occlusion? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

STRUCTURE DES DENTS

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Avez-vous eu des caries dentaire ces 3 dernières années? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Est-ce que la quantité de salive dans votre bouche semble trop faible ou avez-vous des difficultés à avaler les aliments? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Est-ce que vous sentez ou remarquez des trous (c-à-d. piqûres de corrosion. cratères) sur la surface mordante de vos dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Avez-vous des dents sensibles au chaud, au froid, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser une partie de vos dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près du bord gingival? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Avez-vous déjà eu des dents cassées, ébréchées, mal aux dents ou un plombage fissuré? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Avez-vous des aliments qui restent pris entre les dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GENCIVES ET OS

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 28. Est-ce que vos gencives saignent lorsque vous vous brossez les dents ou passez la soie dentaire? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Avez-vous déjà été traité pour une maladie des gencives ou vous a-t-on dit que vous présentiez une perte osseuse autour des dents? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Avez-vous remarqué un goût ou une odeur désagréables dans votre bouche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Y a-t-il des antécédents familiaux de parodontopathie? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Avez-vous déjà été victime de récession gingivale? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Avez-vous déjà eu des dents branlantes sans que cela ne soit causé par une blessure ou avez-vous de la difficulté à manger une pomme? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Signature du patient _____ Date _____

Signature du médecin _____ Date _____