

## Questionnaire médicodentaire confidentiel

*L'information contenue dans ce questionnaire est protégée par la loi et le secret professionnel.  
Seuls le dentiste et le personnel autorisé peuvent consulter votre dossier.*

### 1. Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Genre :  F  M  X  
No assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

### 2. Contact d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec le patient : \_\_\_\_\_  
Tél. principal : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

### 3. Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui : \_\_\_\_\_  
Craignez-vous les traitements dentaires ?  Pas du tout  Un peu  Beaucoup  
Dernière visite chez le dentiste :  0-6 mois  6-12 mois  +12 mois  
Traitement(s) reçu(s) : \_\_\_\_\_  
Radiographie panoramique (grande) ?  Oui  Non  
Radiographies intra-orales (petites) ?  Oui  Non

#### 4. Antécédents médicaux

Ce questionnaire permet au dentiste de prodiguer les meilleurs soins et de réduire le risque de complications.

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

Si applicable, précisez : \_\_\_\_\_

#### 5. Médicaments

Veuillez indiquer tous les médicaments pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois :

Médicament : _____	Raison : _____
Médicament : _____	Raison : _____
Médicament : _____	Raison : _____
Médicament : _____	Raison : _____

#### 6. Conditions médicales actuelles ou passées

Cochez Oui ou Non pour chacune des conditions.

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Conditions cardiaques (infarctus, angine, chirurgie) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Infection du coeur (endocardite)                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Chirurgie pour valve / valvule                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Tension artérielle haute ou basse                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Étourdissements / évanouissements                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête fréquents                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Douleur à l'articulation de la mâchoire              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de foie (hépatite, cirrhose, etc.)         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles du système digestif                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles d'estomac / ulcère / reflux                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles du rein                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diabète  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles thyroïdiens                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**6. Conditions médicales (suite)**

Cancer (tumeur)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Sécheresse de la bouche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Infections transmissibles (ITSS)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies de peau	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Arthrite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ostéoporose — traitement par comprimés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Ostéoporose — injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Douleur chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles du système nerveux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Troubles ou maladies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhume des foins / allergies saisonnières	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Précisez : \_\_\_\_\_

Autres conditions médicales à mentionner : \_\_\_\_\_

**7. Allergies**

Allergie ou réaction à ces produits :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Latex                | <input type="checkbox"/> Sulfamidés                   |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline          | <input type="checkbox"/> Anesthésiques                |
| <input type="checkbox"/> Autres antibiotiques | <input type="checkbox"/> Aliments                     |
| <input type="checkbox"/> Codéine              | <input type="checkbox"/> Produits contenant de l'iode |
| <input type="checkbox"/> Aspirine             |   |

Autres : \_\_\_\_\_

### 8. Habitudes de vie et sommeil

- Vous a-t-on dit que vous ronfliez ou sembliez arrêter de respirer la nuit ?  Oui  Non
- Vous réveillez-vous fatigué(e) ou ressentez-vous de la fatigue le jour ?  Oui  Non
- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?  Oui  Non
- Fumez-vous ?  Oui  Non  Ex-fumeur Si oui, cig./jour : \_\_\_\_\_
- Consommez-vous de l'alcool ?  Oui  Non
- Fréquence : \_\_\_\_\_ verres /  jour  semaine  mois
- Consommez-vous du cannabis ?  Oui  Non
- Consommez-vous d'autres drogues ?  Oui  Non
- Prenez-vous de la méthadone ?  Oui  Non

### 9. Consentement et signature

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.  
J'accepte que mes renseignements soient utilisés dans le cadre de mon dossier patient  
et pour me recontacter au sujet de ma demande.

#### Signature du patient

Nom complet : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### Révision lors des visites subséquentes

*J'ai révisé le questionnaire et fait part de tous les changements à mon état de santé depuis la visite précédente.*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Ce formulaire est inspiré du questionnaire médicodentaire de l'ACDQ en collaboration avec l'ODQ.  
Membre de l'Ordre des dentistes du Québec • NEQ 3370558267*

**Ne transmettez pas d'informations médicales urgentes par ce formulaire.**