

Questionnaire santé pour traitement de neuromodulateur

L'information fournie est confidentielle et protégée par le secret professionnel.

1. Renseignements personnels

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

2. Motif de la consultation

Rides d'expression (front, pattes d'oie, glabelle)

Grincement des dents (bruxisme)

Douleurs musculaires (mâchoire, visage, tête)

Autre : _____

3. Antécédents d'injections

Avez-vous déjà reçu des injections de toxine botulique ?

Oui Non

Si oui — Date : _____ Zone traitée : _____

Avez-vous déjà eu une réaction indésirable à une injection (Botox, anesthésie, autre) ?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

4. Conditions médicales

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Maladies neuromusculaires (ex. myasthénie, SLA, Lambert-Eaton)

Maladies auto-immunes

Troubles de la coagulation ou prise d'anticoagulants

Maladies cardiaques ou respiratoires

Problèmes rénaux ou hépatiques

Diabète

Troubles psychiatriques (ex. anxiété, dépression)

Aucune condition médicale particulière

Si applicable, précisez : _____

5. Médication actuelle

Prenez-vous actuellement :

- Antibiotiques
- Médicaments pour la tension, le coeur ou le diabète
- Antidépresseurs / anxiolytiques
- Médicaments contre la migraine
- Suppléments ou produits naturels (vitamines, oméga-3, etc.)
- Aucun

Listez vos médicaments ou suppléments : _____

6. Grossesse / allaitement

- Enceinte En période d'allaitement Aucun des deux

7. Chirurgies / traitements récents

Avez-vous subi une chirurgie ou un traitement esthétique récent (laser, peeling, filler, etc.) ?

- Oui Non

Si oui, précisez : _____

8. Allergies

Avez-vous des allergies connues (médicaments, latex, anesthésiques, etc.) ?

- Oui Non

Si oui, précisez : _____

9. Attentes et objectifs

Qu'attendez-vous du traitement ?

- Adoucir l'apparence Soulager des tensions / douleurs
- Autre : _____

10. Consentement

- Je confirme que les renseignements fournis sont exacts à ma connaissance.
- Je comprends que ce questionnaire vise à assurer ma sécurité avant le traitement.
- Je comprends qu'une évaluation clinique est nécessaire avant toute recommandation ou tout traitement.
- J'accepte que mes renseignements soient utilisés pour me recontacter au sujet de ma demande.

Nom complet : _____ Date : _____

Signature du patient : _____ Signature du professionnel : _____

*Les résultats varient d'une personne à l'autre. Une consultation est recommandée.
Membre de l'Ordre des dentistes du Québec • NEQ 3370558267*