

**QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL**

**Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **App.** \_\_\_\_\_ **Ville:** \_\_\_\_\_ **Code Postal:** \_\_\_\_\_  
**Tél. Dom:** \_\_\_\_\_ **Trav:** \_\_\_\_\_ **Cellulaire:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Sexe:** M: \_\_\_ F: \_\_\_ **Date de naissance:** Année \_\_\_ Mois: \_\_\_ Jour: \_\_\_  
**Tuteur:** \_\_\_\_\_ **N° ass. Maladie:** \_\_\_\_\_ **Seq N°** \_\_\_ **Date d'expiration:** \_\_\_/\_\_\_  
**Référé(e) par:** \_\_\_\_\_ **Raison de la visite:** \_\_\_\_\_

**Assurance privée:** Oui \_\_\_ No \_\_\_  
 Nom de la compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_  
 N° police: \_\_\_\_\_  
 N° Certificate: \_\_\_\_\_  
 Nom d'assuré(e): \_\_\_\_\_  
 Date de naissance d'ass: Année \_\_\_ Mois \_\_\_ Jour \_\_\_

**Aide Sociale:** Oui \_\_\_ No \_\_\_

**A L'usage du Professionnel:**  
**Précautions -**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1</b> Êtes-vous actuellement sous soins d'un médecin? <b>Oui_ No_</b><br/>                 Nom de médecin: _____<br/>                 N° Telephone: _____</p> <p><b>2</b> Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? <b>Oui_ No_</b><br/>                 Si oui, lesquels: _____</p> <p><b>3</b> Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement? <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>4</b> Êtes-vous enceinte? ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>5</b> Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:</b></p> <p><b>6</b> Troubles cardiaques..... <b>Oui_ No_</b><br/>                 (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle)</p> <p><b>7</b> Fièvre rhumatismale ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>8</b> Saignements prolongés ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>9</b> Anémie ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>10</b> Tension artérielle (pression): haute_ basse_ <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>11</b> Rhumes fréquents ou sinusite..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>12</b> Tuberculose ou problèmes pulmonaires ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>13</b> Troubles digestifs ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>14</b> Ulcère de l'estomac ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>15</b> Problèmes du foie (hépatite: A,B,C,cirrhose,etc) <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>16</b> Troubles du rein..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>17</b> Maladies transmises sexuellement (MTS) ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>18</b> Diabète ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>19</b> Troubles thyroïdiens ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>20</b> Maladies de la peau ..... <b>Oui_ No_</b></p> | <p><b>21</b> Problèmes oculaires (yeux) ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>22</b> Arthrite ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>23</b> Épilepsie ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>24</b> Troubles nerveux ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>25</b> Maux de tete fréquents..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>26</b> Étourdissements, évanouissements ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>27</b> Maux d'oreilles..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>28</b> Rhume des foins ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>29</b> Asthme ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>30</b> Fumez-vous? ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>31</b> Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)? <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>32</b> Êtes-vous atteint du sida? ..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>33</b> Êtes-vous séropositif? <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>34</b> Avez-vous des prothèses articulaires (hanche,genou,etc)? <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>35</b> Avez-vous déjà eu une réaction aux produits suivants: <b>Oui_ No_</b><br/>                 Pénicilline ..... <b>Oui_ Non_</b> Iode ..... <b>Oui_ No_</b><br/>                 Codéine ..... <b>Oui_ Non_</b> Sulfamides..... <b>Oui_ No_</b><br/>                 Anesthésie locale.... <b>Oui_ Non_</b> Aliments ..... <b>Oui_ No_</b><br/>                 Spécifiez _____ Autre anitbiotiques..... <b>Oui_ No_</b><br/>                 Others _____ Aspirine..... <b>Oui_ No_</b></p> <p><b>36</b> Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles et quand:<br/>                 _____ Date: _____<br/>                 _____ Date: _____</p> <p><b>37</b> Souhaitez-vous discuter de votre santé <b>Oui_ No_</b><br/>                 en privé avec votre dentiste? Remarque: _____</p> |
|---|--|

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire medicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente a vous aviser de tout changement de mon état de sante. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s). On m'a informé que mon dossier 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 mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification et de me retirer de la liste de rappel.

**POLITIQUE D'ANNULATION / RENDEZ-VOUS MANQUEZ - Centre Dentaire Lasalle:** Si vous devez modifier votre rendez-vous, jour ou heure, nous vous prions de nous aviser au moins 24 heures a l'avance. Des **frais d'annulation de \$35.00** vous seront facturés si ce délais n'est pas respecté, et ces frais ne seront pas remboursable par votre assurance.

**S.V.P. indiquez que vous acceptez les conditions mentionnées ci-dessus en apposant votre signature.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Patient ou responsable: \_\_\_\_\_ Dentiste traitant: \_\_\_\_\_