

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>1 Êtes-vous actuellement sous soins d'un médecin? Nom de médecin: _____ N° Telephone: _____ Oui_ No_</p> <p>2 Prenez-vous (présentement) des médicaments ou en avez-vous pris au cours des 6 derniers mois? Si oui, lesquels: _____ Oui_ No_</p> <p>3 Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement? Oui_ No_</p> <p>4 Êtes-vous enceinte? Oui_ No_</p> <p>5 Prenez-vous des anovulants? (pilule anticonceptionnelle) Oui_ No_</p> <p>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:</p> <p>6 Troubles cardiaques..... (infarctus, angine, problèmes valvulaires, souffle) Oui_ No_</p> <p>7 Fièvre rhumatismale Oui_ No_</p> <p>8 Saignements prolongés Oui_ No_</p> <p>9 Anémie Oui_ No_</p> <p>10 Tension artérielle (pression): haute_ basse_ Oui_ No_</p> <p>11 Rhumes fréquents ou sinusite..... Oui_ No_</p> <p>12 Tuberculose ou problèmes pulmonaires Oui_ No_</p> <p>13 Troubles digestifs Oui_ No_</p> <p>14 Ulcère de l'estomac Oui_ No_</p> <p>15 Problèmes du foie (hépatite: A,B,C,cirrhose,etc) Oui_ No_</p> <p>16 Troubles du rein..... Oui_ No_</p> <p>17 Maladies transmises sexuellement (MTS) Oui_ No_</p> <p>18 Diabète Oui_ No_</p> <p>19 Troubles thyroïdiens Oui_ No_</p> <p>20 Maladies de la peau Oui_ No_</p> | <p>21 Problèmes oculaires (yeux) Oui_ No_</p> <p>22 Arthrite Oui_ No_</p> <p>23 Épilepsie Oui_ No_</p> <p>24 Troubles nerveux Oui_ No_</p> <p>25 Maux de tête fréquents..... Oui_ No_</p> <p>26 Étourdissements, évanouissements Oui_ No_</p> <p>27 Maux d'oreilles..... Oui_ No_</p> <p>28 Rhume des foins Oui_ No_</p> <p>29 Asthme Oui_ No_</p> <p>30 Fumez-vous? Oui_ No_</p> <p>31 Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)?</p> <p>32 Êtes-vous atteint du sida? Oui_ No_</p> <p>33 Êtes-vous séropositif? Oui_ No_</p> <p>34 Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc)? Oui_ No_</p> <p>35 Avez-vous déjà eu une réaction aux produits suivants:
 Pénicilline Oui_ Non_ Iode Oui_ No_
 Codéine Oui_ Non_ Sulfamides..... Oui_ No_
 Anesthésie locale.... Oui_ Non_ Aliments Oui_ No_
 Spécifiez _____ Autre antibiotiques..... Oui_ No_
 Others _____ Aspirine..... Oui_ No_</p> <p>36 Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Si oui, lesquelles et quand:
 _____ Date: _____
 _____ Date: _____</p> <p>37 Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste? Remarque: _____ Oui_ No_</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 à vous aviser de tout changement de mon état de santé. 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 à l'avance. Des **frais d'annulation de \$35.00** vous seront facturés si ce délai n'est pas respecté, et ces frais ne seront pas remboursables 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: _____