



CENTRE
DENTAIRE
GRIFFIN

Questionnaire médical

Section à remplir par le **dentiste**

Troubles : _____
 Allergie : oui non
 Remarque : _____
 Médecin : _____
 Tel : _____

Section à remplir par le **patient**

Date naissance J M A / /			No assurance maladie / Expiration		
Nom de famille			Prénom		
Adresse			App.	Ville	
Code postal	Tel maison	Tel travail		Cellulaire	
RÉFÉRÉ PAR	Nom du responsable (Si patient est mineur)		Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Courriel			Occupation		
Assurance dentaire Oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> compagnie :					
No police	No certificat	Nom de l'assuré		Date de nais. De l'assuré / /	

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de	oui	non
Troubles cardiaques, problèmes de cœur (infarctus, angine, souffle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACV (accident cardio-vasculaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cholestérol (hypercholestérolémie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saignement prolongé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anémie ou autres problèmes sanguins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haute pression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basse Pression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhumes fréquents ou sinusites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emphysème	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de digestion (reflux gastrique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulcère d'estomac ou duodéal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie du foie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatite de quel type	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie du rein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infections transmissibles sexuellement (ITS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie de la glande thyroïde, ou parathyroïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problème oculaire (glaucome)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthrite ou ostéoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épilepsie ou convulsions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles nerveux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Veuillez remplir la suite du formulaire au verso →)

Maux de tête fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étourdissement / évanouissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux d'oreille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhume des foins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiothérapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIH-Sida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prothèses articulaires (hanche, genoux, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médication d'antidépresseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcoolisme-toxicomanie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous		oui non
Présentement sous traitement pour autre maladie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ex-fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Femme : prenez-vous la pilule contraceptive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Femme : êtes-vous enceinte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homme : Avez-vous un désordre de la prostate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà fait une réaction allergique		oui non
Aspirine, ibuprofène, acétaminophène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pénicilline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulfamides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Codéine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anesthésie locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aliments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liste des médicaments	Date de révision du questionnaire

Par quel mode de communication voudriez-vous être contacté pour la confirmation de votre rendez-vous?

SMS <input type="radio"/>	Courriel <input type="radio"/>	Les deux <input type="radio"/>
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

Signature du patient: _____ date: _____

Je m'engage à contacter le *centre dentaire griffin* au moins **48 heures** à l'avance si l'heure ou la date de mon rendez-vous devait être modifié. (Ce temps vous est réservé. Des frais de **60\$** seront appliqués à votre solde pour le non-respect du rendez-vous.)

Initiale: _____

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire médical et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature du Dentiste: _____ date: _____

Patient

Dentiste