

Numéro de dossier

 M. Mme Enfant

Prénom et nom du patient à la naissance

Date de naissance

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

No. Ass. Maladie _____ exp. _____

No. Ass. Sociale (facultatif) _____

Occupation _____ Employeur _____

Est-ce que d'autres membres de votre famille sont patients à notre clinique?

 Non Oui**INFORMATIONS POUR REJOINDRE LE PATIENT**

Téléphone domicile () _____

Téléphone travail () _____

Téléphone cellulaire () _____

Meilleur moment pour vous contacter

En tout temps Jour seulement Soir seulement

Courriel _____

En cas d'urgence, contacter:

Nom _____ Lien _____

Téléphone dom.() _____ Bur.() _____

Comment avez-vous connu la clinique? Patient _____ Notre site internet Pages jaunes Google Dépliant publicitaire Journaux Commandite Carte d'affaire Visibilité du commerce Aimant Autre: _____Êtes-vous couvert par une assurance dentaire? Oui Non

si oui, veuillez nous présenter la carte du détenteur en remettant ce formulaire

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je, soussigné(e), certifie avoir fourni au meilleur de ma connaissance, un historique médical et dentaire exact et complet. Je consens à ce que mon dentiste obtienne de l'information par l'entremise des praticiens qui me traitent ou qui m'ont traité(e), afin de me procurer un traitement et des soins appropriés. Je m'engage, par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé.

APPROBATION GÉNÉRALE

- J'autorise le dentiste à poser un diagnostic et les traitements nécessaires pour de bons soins dentaires.
- J'autorise la divulgation de toute information concernant ma santé, recommandation et traitement ainsi que celle de mon (mes) enfants à des fins d'évaluation et d'administration pour mes assurances dentaires.
- J'autorise mon dentiste à envoyer électroniquement ma réclamation à ma compagnie d'assurance.
- J'autorise ma compagnie d'assurance à régler directement les frais envoyés électroniquement à la clinique dentaire.
- Je comprends que ma compagnie d'assurance dentaire peut payer moins que le montant total de la facture. Je comprends que je suis totalement responsable d'acquitter les montants qui apparaissent sur mon état de compte. En signant cette déclaration, je m'engage à régler les montants des services non payés par l'assurance dentaire.
- J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel des dentistes traitants.
- J'ai été informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que seul les dentistes et le personnel auxiliaire y auront accès.
- Je suis conscient que des frais de 50\$ seront chargés à mon compte si je ne me présente pas à un rendez-vous sans préavis ou si j'annule un rendez-vous dans un délai de moindre que 48 heures à l'avance.
- Je suis conscient que l'intérêt annuel de 18% sera ajouté à mon compte en souffrance de plus de 60 jours.
- J'atteste l'exactitude de l'information déclarée sur les formulaires d'enregistrement.
- Je suis conscient que la carte de crédit American Express et les chèques (personnels et commerciaux) ne sont pas des modes de paiements autorisés.

Signature du patient ou parent/tuteur

Date

Nom du dentiste antérieur _____ Téléphone _____

Date de votre dernière visite chez un dentiste _____ Dernier nettoyage _____ Dernière radiographie _____

À quelle fréquence brossez-vous vos dents? _____ À quelle fréquence passez-vous votre soie dentaire? _____

Comment qualifiez-vous votre santé dentaire actuellement? Excellente Bonne Moyenne Pauvre Incertaine

S'il y a plus de six mois que vous avez vu un dentiste, dites-nous ce qui vous a empêché de le faire plus tôt Disponibilité Peur Budget Manque d'intérêt

	Oui	Non	Est-ce qu'un des problèmes s'applique à vous:	
Avez-vous actuellement des douleurs ou inconforts en bouche?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gencives sensibles	<input type="checkbox"/> Douleur aux dents
Est-ce que vos gencives saignent lors du brossage?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gencives enflées	<input type="checkbox"/> Dents mobiles
Avez-vous les dents sensibles? <input type="checkbox"/> Chaud <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Pression.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grincement/serrement des dents	<input type="checkbox"/> Ulcères buccales
Éprouvez-vous des douleurs musculaires à la figure ou aux oreilles?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tendances à se mordre	<input type="checkbox"/> Dents cassées
Avez-vous fréquemment des maux de tête, à la nuque ou aux épaules?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ronger les ongles	<input type="checkbox"/> Mauvaise haleine
Avez-vous déjà reçu des coups à la mâchoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous des craquements à la mâchoire?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Est-ce que votre mâchoire bloque à l'ouverture ou à la fermeture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous un côté prédominant à la mastication?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Est-ce que la nourriture reste coincée entre vos dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Est-ce que vous pouvez sentir un ou plusieurs de vos plombages?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous déjà reçu des instructions d'hygiène buccale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si non, pourquoi ?				

Cochez le sujet pour lequel vous aimeriez avoir plus d'information

<input type="checkbox"/> Blanchir vos dents	<input type="checkbox"/> Broches
<input type="checkbox"/> Fermer les espaces entre les dents	<input type="checkbox"/> Couronnes
<input type="checkbox"/> Remplacer les dents manquantes	<input type="checkbox"/> Aligner vos dents
<input type="checkbox"/> Avoir des dents plus égales	<input type="checkbox"/> Améliorer votre haleine
<input type="checkbox"/> Améliorer la santé des gencives	<input type="checkbox"/> Améliorer votre occlusion
<input type="checkbox"/> Améliorer votre sourire	<input type="checkbox"/> Autres _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non
Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous suivi par un médecin de famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, nom de votre médecin: _____		
Avez-vous été déjà opéré (chirurgies) ou hospitalisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez: _____		

Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des <input type="checkbox"/> anovulants ou <input type="checkbox"/> hormones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez: _____		

Prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécifiez: _____		

AUTRES ASPECTS

	Oui	Non
Portez-vous des prothèses dentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronflez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respirez-vous par la bouche en dormant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ? _____ cigarettes/jour ou <input type="checkbox"/> ex-fumeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence: _____ verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous du cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommez-vous des drogues?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous de la méthadone?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE RÉACTION, ALLERGIE AUX PRODUITS SUIVANTS:

	Oui	Non	Oui	Non
Latex.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits contenant de l'iode..	<input type="checkbox"/>
Pénicilline.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Métaux	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saveurs (menthe)	<input type="checkbox"/>
Codéine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ibuprofène.....	<input type="checkbox"/>
Aspirine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acétaminophène.....	<input type="checkbox"/>
Sulfamides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FEMMES SEULEMENT:

	Oui	Non
Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitiez-vous en ce moment?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS ACTUELLES OU PASSÉES

	Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques (Infarctus, angine, chirurgie, etc).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) <input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac <input type="checkbox"/> ulcère <input type="checkbox"/> reflux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (tumeur) Précisez:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)(VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez:		

CONDITIONS ACTUELLES OU PASSÉES

	Oui	Non
Maladies de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires (yeux).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prévention/traitement (p. ex.: comprimés).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection annuelle ou mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies psychiatriques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumes fréquents ou sinusite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ou problèmes pulmonaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins/allergies saisonnières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes du dentiste: _____

Signature du patient ou parent/tuteur

Date

Signature du professionnel traitant

Date