

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"/> Tendance 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

## **Formulaire de consentement**

Chère patiente, cher patient,

Au CENTRE DENTAIRE VIVA ST-ZOTIQUE, tous les services de dentisterie clinique sont offerts par des professionnels dentaires en règle avec l'Ordre des dentistes du Québec et autres organismes de réglementation, le cas échéant. Nous travaillons en partenariat avec Services de Santé DCC (Québec) Inc. pour fournir des services à nos patients. Vous trouverez la politique de confidentialité de notre clinique ici. En signant ce formulaire, vous reconnaissez avoir lu et compris l'information fournie dans la politique et vous consentez aux pratiques qui y sont décrites. En cas de modification de la politique de confidentialité, vous en serez informé.

### **Consentement à l'utilisation et à la conservation des renseignements personnelles sur la santé**

Pour vous fournir des soins dentaires et un excellent service, nous utilisons, conservons et analysons certaines informations personnelles sur la santé que nous (i) recueillons auprès de vous, (ii) générons ou (iii) recevons d'autres prestataires de soins de santé. En aucun cas nous ne collecterons, ne divulguerons ou n'utiliserons vos informations à votre insu ou sans votre consentement. Seules les personnes qui ont besoin de connaître vos informations y auront accès. De même, nous adhérons au principe selon lequel seule la quantité minimale d'informations nécessaires à une tâche ou à une fonction doit être divulguée. Notre personnel a reçu une formation sur l'importance d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos informations. Nous avons désigné Vincent Rocheleau comme notre responsable de la protection des renseignements personnels. Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez nous contacter à l'adresse [privacy.officer@dentalcorp.ca](mailto:privacy.officer@dentalcorp.ca). Vos commentaires sont toujours les bienvenus.

### **Quelles sont les informations que nous recueillons, comment sont-elles utilisées, comment sont-elles stockées et qui y a accès ?**

Nous recueillons et conservons pendant au moins cinq ans: (i) les informations dentaires et médicales nécessaires pour vous fournir des services de santé, (ii) vos coordonnées, (iii) les informations relatives à votre assurance et (iv) les informations relatives à la facturation. Vous avez le droit d'accéder à vos informations, de les corriger, de restreindre l'accès à vos informations et de retirer votre consentement.

Nous recueillons, utilisons et divulguons des informations vous concernant aux fins suivantes: (i) fournir des soins sûrs et efficaces aux patients, (ii) assurer un service de haute qualité, (iii) communiquer avec vous et d'autres fournisseurs de soins de santé, (iv) contrôler le traitement, les soins et la facturation, (v) effectuer des enseignements et des démonstrations sur une base anonyme, (vi) remplir et soumettre des demandes de remboursement de frais dentaires et des devis dentaires, (vii) se conformer aux exigences légales et réglementaires, (viii) traiter les paiements, (ix) vous envoyer des sondages, (x) à des fins de gestion interne, et (xi) permettre à des tiers d'évaluer la clinique dentaire et d'effectuer un audit. Avant d'utiliser ou de divulguer des informations personnelles à des fins autres que celles identifiées ci-dessus, nous obtiendrons votre consentement.

Les informations numériques et physiques sont stockées en toute sécurité, les systèmes étant protégés par du matériel et des logiciels conformes aux normes de l'industrie. Dans certains cas, ces données sont stockées en toute sécurité dans le nuage, ce qui peut inclure des emplacements à l'extérieur du Québec. Seules les personnes autorisées auront accès à vos informations. Nous pouvons également partager des données agrégées et non identifiables avec des établissements de recherche ou des fournisseurs tiers afin de faire progresser les soins de santé bucco-dentaire. Ces échanges se feront dans le respect des lois applicables.

**Nom et signature du patient :**

**Date :**

---

---