

Les données du présent questionnaire demeurent confidentielles. Le questionnaire a pour but d'assurer votre protection et nous permet de vous donner les meilleurs soins. **Veillez répondre aux questions avec soin et écrire lisiblement**, pour que nous inscrivions des renseignements exacts dans votre dossier. Merci de votre collaboration.

DATE _____
NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

TÉL. MAISON _____ TÉL. TRAVAIL _____ POSTE _____ CELLULAIRE _____

ADRESSE _____ APPARTEMENT _____ CODE POSTAL _____

COURRIEL _____

MARIÉ (E) () CÉLIBATAIRE () DATE DE NAISSANCE (obligatoire) _____ ÂGE _____

PROFESSION _____ EMPLOYEUR _____

ADRESSE _____

Dans le cas d'un mineur, qui en est responsable? : _____

BUT DE LA PRÉSENTE VISITE _____

NOM, ADRESSE ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DE FAMILLE _____

Qui doit-on remercier de vous avoir recommandé à nous? _____

Veillez encercler OUI ou NON selon le cas :

Avez-vous déjà souffert de : Maladies graves? **Oui** Non Précisez _____

Fièvres rhumatismales? **Oui** Non Précisez _____

Opérations graves? **Oui** Non Précisez _____

Troubles cardiaques ou de pression sanguine? **Oui** Non Précisez _____

Troubles pulmonaires ou respiratoires? **Oui** Non Précisez _____

Troubles hépatiques ou rénaux? **Oui** Non Précisez _____

Anémie? **Oui** Non Précisez _____

Saignements fréquents? **Oui** Non Précisez _____

Rhume des foins, asthme, autres allergies? **Oui** Non Précisez _____

Diabète? **Oui** Non Précisez _____

Épilepsie? **Oui** Non Précisez _____

Problèmes de digestion? **Oui** Non Précisez _____

Maladies vénériennes? **Oui** Non Précisez _____

Problèmes de glande thyroïde? **Oui** Non Précisez _____

Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie (pour tumeurs)? **Oui** Non Précisez _____

Êtes-vous allergique à ces médicaments? **Oui** Non **Pénicilline** **Codéine** **Autres**

Êtes-vous actuellement en traitement médical (ou l'avez été au cours de l'année passée)? **Oui** Non Précisez _____

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière? **Oui** Non Précisez _____

Êtes-vous enceinte? **Oui** Non De combien de mois

Le traitement dentaire vous cause-t-il de l'appréhension? **Oui** Non

Si oui, désirez-vous recevoir une sédation? **Oui** Non

Est-ce que vous fumez? **Oui** Non Précisez _____

Êtes-vous en mesure de vous présenter à un rendez-vous à court préavis? **Oui** Non

Bénéficiez-vous d'une assurance dentaire? **Oui** Non Nom de l'assureur? _____

Titulaire de la police principale? **Oui** Si non, Nom du titulaire: _____

Nom de la personne chargée de votre compte : _____

Nom du conjoint/de la conjointe _____ Profession _____

Employeur _____ Adresse _____ Tél. au travail _____

Dr M.Y.M. Youssef
HISTORIQUE DENTAIRE

Nom du dentiste précédent _____

Quand avez-vous **visité le dentiste** pour **la dernière fois**? _____

Dans quel but? _____

Avez-vous eu des traitements d'orthodontie? _____

Si oui, le nom de votre orthodontiste traitant? _____

Au cours des trois dernières années, avez-vous passé un examen dentaire complet avec radiographies? **Oui** Non

Vous faites-vous nettoyer les dents régulièrement? **Oui** Non

Vos **dents manquantes** ont-elles été remplacées? **Oui** Non

Sinon, vous inquiétez-vous des conséquences possibles? **Oui** Non Précisez _____

Avez-vous reçu des instructions en matière d'**hygiène dentaire**? **Oui** Non

Utilisez-vous la **soie dentaire**? **Oui** Non À quelle fréquence? _____

À quelle fréquence **vous brossez-vous** les dents? Précisez _____

Vos **dents sont-elles sensibles** à l'un des agents suivants? (encerclez) **Oui** Non

La chaleur

Le froid

Les sucreries

La pression de la mastication

Mâchez-vous toujours du même côté? **Oui** Non

Si oui, de quel côté? _____

Avez-vous l'habitude de serrer les dents/ de grincer des dents? **Oui** Non

Avez-vous l'impression que certaines dents bougent? **Oui** Non

Y a-t-il des espaces entre vos dents qui retiennent des résidus de nourriture? **Oui** Non

Avez-vous remarqué de l'enflure autour de certaines dents? **Oui** Non

Vos gencives saignent-elles quand vous vous brossez les dents? **Oui** Non

Avez-vous déjà subi des blessures au visage ou à la mâchoire? **Oui** Non Précisez _____

Avez-vous déjà subi des traitements aux gencives? **Oui** Non Précisez _____

En fermant la bouche, avez-vous l'impression que certaines dents se touchent avant d'autres? **Oui** Non

Avez-vous déjà subi une correction de l'occlusion? **Oui** Non

L'anesthésie locale vous cause-t-elle des problèmes? **Oui** Non Précisez _____

Merci!

Signature : _____

Revu par le docteur _____