

### INFORMATIONS PERSONNELLES ET CONFIDENTIELLES

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ SEXE : F M  
 DATE DE NAISSANCE : Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ TUTEUR : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 TÉL. : domicile : \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 EN CAS D'URGENCE, contactez : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
 N° RAMQ : \_\_\_\_\_ Exp. : Jour : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_  
 RAISON DE LA VISITE : \_\_\_\_\_  
 HANDICAPS ET LIMITATIONS : Fauteuil roulant Canne Marchette Le patient doit être accompagné  
 Handicap physique : \_\_\_\_\_  
 Antibiothérapie prophylactique nécessaire : OUI NON

### HISTOIRE MÉDICALE

|   | OUI | NON |   | OUI | NON |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| 1. Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? .....  |     |     | <b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :</b>   |     |     |
| Si oui,   |     |     | 9. Troubles cardiaques (infarctus, angine, arythmie, souffle au cœur, endocardite, valvulopathie) .....           |     |     |
| Nom : _____ Prénom : _____  |     |     | 10. Troubles de la tension artérielle (haute ou basse) .....  |     |     |
| Spécialité : _____  |     |     | 11. Troubles vasculaires (ACV, thrombophlébite) .....   |     |     |
| Fréquence des suivis : _____ Raison : _____   |     |     | 12. Troubles sanguins (hémophilie, anémie, mononucléose).....   |     |     |
| 2. Prenez-vous ou avez-vous pris au cours des 6 derniers mois des médicaments, des produits naturels ou homéopathiques? ..... |     |     | 13. Troubles pulmonaires (asthme, emphysème, tuberculose, MPOC).....  |     |     |
| Si oui, remplissez le tableau « Histoire médicamenteuse » au verso  |     |     | 14. Troubles hépatiques (jaunisse, hépatite A B C, cirrhose) .....  |     |     |
| 3. Avez-vous fait de la fièvre de plus de 38°C dans la dernière semaine ..  |     |     | 15. Troubles digestifs (reflux, ulcère d'estomac, maladie de Crohn).....  |     |     |
| 4. Avez-vous été hospitalisé depuis les 2 dernières années? .....   |     |     | 16. Troubles endocriniens (hypothyroïdie, hyperthyroïdie).....  |     |     |
| Si oui,   |     |     | 17. Troubles rénaux (insuffisance, pierres au rein) .....   |     |     |
| Raison : _____ Année : _____  |     |     | 18. Troubles neurologiques (épilepsie, parkinson, sclérose en plaques) ....                                       |     |     |
| Raison : _____ Année : _____  |     |     | 19. Troubles cognitifs et d'apprentissage (THA, TDAH, autisme, TED).....  |     |     |
| Raison : _____ Année : _____  |     |     | 20. Troubles psychiatriques (dépression, anxiété, schizophrénie, bipolarité, trouble de personnalité limite)..... |     |     |
| 5. Faites-vous usage de tabac, drogue, alcool? .....  |     |     | 21. Maladies inflammatoires (arthrite) .....  |     |     |
| 6. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu :   |     |     | 22. Infections transmissibles par le sang et la salive (ITSS/MTS) .....   |     |     |
| Tatouage Acupuncture  |     |     | 23. Fièvre rhumatismale .....   |     |     |
| Maquillage permanent Électrolyse  |     |     | 24. Diabète (Type I ou II) .....  |     |     |
| Perçage corporel Blessure avec une aiguille souillée  |     |     | 25. Sinusite, rhinite chronique .....   |     |     |
| 7. Femme :  |     |     | 26. Glaucome  |     |     |
| Êtes-vous enceinte? .....   |     |     | 27. Cancer .....  |     |     |
| Si oui, de combien de semaines _____  |     |     | Si oui,   |     |     |
| Prenez-vous des anovulants? .....   |     |     | Localisation : _____ Année : _____  |     |     |
| Êtes-vous ménopausée? .....   |     |     | Traitements : _____   |     |     |
| 8. Avez-vous déjà eu une réaction allergique aux produits suivants :  |     |     | 28. Avez-vous subi une greffe?.....   |     |     |
| Latex .....   |     |     | 29. Avez-vous une ou des prothèses articulaires? (hanche, genou)  |     |     |
| Aspirine .....  |     |     | Si oui, depuis combien d'années? _____  |     |     |
| Pénicilline .....   |     |     | 30. Suivez-vous une diète spéciale? .....   |     |     |
| Aliments .....  |     |     | 31. Êtes-vous atteint du syndrome d'immunodéficience acquise? .....   |     |     |
| Autres.....   |     |     | 32. Êtes-vous séropositif (VIH)? .....  |     |     |
|   |     |     | 33. Maux de tête fréquents, migraines .....   |     |     |
|   |     |     | 34. Perte de conscience, vertiges.....  |     |     |
|   |     |     | 35. Perte ou gain de poids anormal, anorexie, difficulté à avaler .....   |     |     |
|   |     |     | 36. Fatigue ou stress important .....   |     |     |

Je soussigné, déclare avoir lu, compris m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médical au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement à mon état de santé. Par la présente, j'autorise la constitution de mon dossier d'hygiène dentaire. On m'a informé que mon dossier sera conservé en tout temps au bureau de l'hygiéniste dentaire traitant qui seul y aura accès. On m'a aussi informé de mon droit à consulter mon dossier en tout temps et d'y demander une rectification si nécessaire.

Signature du patient/responsable : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses inscrites au questionnaire médical et avoir pris les précautions nécessaires, le cas échéant.

Signature de l'hygiéniste dentaire : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

