

**Joe Smith**

Dentiste : Dr. \_\_\_\_\_

00 Street  
Dieppe , NB  
Code postal

Tél. : (506) 000-0000  
Email : info@drhuard.ca

Joe Smith

(506) 000-0000  
( ) -

Date de Naissance : 00-00-0000 ( 49,9 ans au 2014-06-10 )

**Questionnaire Général**

Dites nous en quelques mots la raison de votre visite

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qui a noté le problème pour la première fois ?  Parents  Patient  
 Dentiste  Autre \_\_\_\_\_

Quelle est votre inquiétude première ?  Esthétique  Fonctionnelle  Prévention de problèmes futurs  
 Douleur  Autre \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il un parent avec un problème facial ou dentaire similaire ?..... Oui  Non  
si oui, quel est le lien de parenté : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il un parent qui a reçu un traitement orthodontique ? ..... Oui  Non  
si oui, quel est le lien de parenté : \_\_\_\_\_

Le patient est-il conscient de son problème dentaire ? ..... Oui  Non

Le patient se sent-il concerné par l'apparence de ses dents ? ..... Oui  Non

Le patient reçoit-il des commentaires déplacés sur l'apparence de son visage ou de ses dents  Oui  Non

Dites-nous ce qui vous a amené ici:

- mon dentiste m'a recommandé:
  - de voir un orthodontiste
  - de voir Dre Huard pour une consultation
- un membre de la famille ou un ami m'a recommandé la clinique de Dre Huard: \_\_\_\_\_
- j'ai trouvé la clinique de Dre Huard après une recherche  sur le Web  dans les Pages Jaunes
- j'ai vu le nom de Dr Huard sur une publicité
- autre: \_\_\_\_\_

## Histoire médicale

---

Le patient souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de:

	Oui	Non		Oui	Non
Anémie, problème sanguin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête fréquents.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pression artérielle <input type="checkbox"/> haute <input type="checkbox"/> basse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désordres endocriniens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes digestifs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes pulmonaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissements.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumes fréquents, sinusites.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignements prolongés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite, problème de foie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoglycémie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles nerveux ou émotifs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies de la peau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de reins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies osseuses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du système immunitaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres, spécifiez.....		

Les amygdales du patient ont-elles été enlevées ? .....

Les adénoïdes (végétations) ont-elles été enlevées ? .....

Le patient a-t-il une déviation de la cloison nasale ? .....

Le patient a-t-il déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie ? .....

Le patient est-il porteur du VIH ? .....

Le patient a-t-il reçu des traitements médicaux depuis 2 ans ? .....

Le patient souffre-t-il d'allergies (médicaments, aliments ou autres) ? .....

Si oui, lesquelles ? .....

Actuellement, le patient est-t-il sous les soins d'un médecin ? .....

Si oui, pourquoi ? .....

Médecin traitant .....

Le patient prend-il des médicaments de type bisphosphonate ? (Fosamax, Actonel, Boniva, Zometa, Aredia, Xgeva (denosumab) etc.)

Si oui, par voie orale ou intraveineuse ? ..... depuis quand: .....

Le patient prend-il d'autres médicaments ? .....

Si oui, lesquels ? .....

Le patient a-t-il déjà subi une chirurgie majeure ? .....

Si oui, pourquoi ? .....

Le patient a-t-il déjà subi un traumatisme au visage, au cou ou aux mâchoires (lors d'un accident ou autres) ? .....

### Adolescents seulement:

Le patient est-il présentement en période active de croissance ? .....

Le patient semble-t-il avoir atteint sa période de puberté ? .....

**Filles seulement:** Les menstruations sont-elles débutées ? Si oui, depuis quand: .....

**Femmes seulement:** Êtes-vous enceinte ? .....

## Histoire dentaire

---

Date du dernier examen: \_\_\_\_\_ Date des dernières radiographies dentaires: \_\_\_\_\_

Fréquence des visites chez le dentiste: \_\_\_\_\_ Nombre de brossages quotidiens: \_\_\_\_\_

L'hygiène du patient est considérée:  Excellente  Bonne  Moyenne  Pauvre

Le patient a-t-il déjà reçu les traitements suivants:

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Extraction dentaire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scellant de puits et fissures .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meulage d'occlusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie aux mâchoires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couronne, pont, partiel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de canal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement de gencives .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement d'orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obturation (plombage) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thérapie par plaque occlusale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement esthétique		
Autres (précisez): _____						(facette, blanchiment, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que le patient:

	Oui	Non		Oui	Non
Suce son pouce .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A des douleurs ou craquements		
Ronge ses ongles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à la mâchoire lors de la mastication .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mord ses joues .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Évite de mâcher certains aliments .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grince des dents la nuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A des troubles de la parole .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respire par la bouche la nuit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consulte ou a déjà consulté un orthophoniste ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A eu de récents					
déplacements de dents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joue d'un instrument de musique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des dents qui bougent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, lequel _____		
A des dents sensibles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Je comprends que Dre Huard peut recommander de me référer chez un spécialiste pour effectuer un traitement ou une consultation. Il est entendu que pour faciliter ma consultation chez ce spécialiste, il y aura communication entre Dre Huard, mon dentiste et ce spécialiste et qu'ils peuvent avoir besoin de renseignements de mon dossier, y compris sans toutefois s'y limiter, radiographies, modèles d'étude, etc. Par la présente, j'autorise Dre Huard à communiquer tout renseignement justifié et pertinent figurant dans mon dossier qui peut, à son avis, aider le spécialiste ou mon dentiste, ou que ces derniers demandent précisément. J'autorise également le spécialiste à communiquer, discuter et transmettre de l'information à mon dentiste et à Dre Huard relativement à ma consultation, y compris sans toutefois s'y limiter, radiographies, modèles d'étude, etc.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient ou  
Tuteur du patient

\_\_\_\_\_  
Date