

## OUVERTURE DE VOTRE DOSSIER

Nom : _____	Employeur : _____
Prénom : _____	Poste : _____
Adresse : _____	#Ass. Sociale : _____
Ville : _____	#Ass. Maladie : _____
Province : _____	Date d'Expiration : _____
Code Postal : _____	Responsable financier : _____
Date de naissance : _____	Avez-vous des assurances dentaires? _____
Sexe : _____ Langue : _____	Si oui, qu'elle compagnie : _____
#Tél. Résidence : _____	Titulaire de la police : _____
#Tél. Bureau : _____ #Poste : _____	Nom du conjoint : _____
#Tél. Cellulaire : _____	Employeur : _____
#Tél. Paget : _____	Poste : _____
Courriel : _____	#Tél. Bureau (Urgence) : _____ #Poste : _____

État Civil :

- Célibataire     Marié(e)     Union de fait     Séparé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Qui vous a référé à notre clinique?

- Ami, parent, son nom s.v.p. : \_\_\_\_\_  Site Internet  
 Pages Jaunes (bottin)     Pages Jaunes (Internet)     Annonce extérieure  
 Publicité (article promotionnel, radio) précisez s.v.p \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps avez-vous vu un dentiste? \_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernier examen dentaire complet? \_\_\_\_\_

À quand remonte vos dernières radiographies complètes de votre bouche? \_\_\_\_\_

Avez-vous présentement des problèmes? \_\_\_\_\_ Lesquels? \_\_\_\_\_

Durant les cinq dernières années, avez-vous eu des problèmes particuliers? \_\_\_\_\_

**Veillez cocher, parmi les énoncés suivants, ceux qui s'appliquent à votre histoire dentaire. Merci.**

- Je suis insatisfait(e) de l'apparence de mes dents.  
 Je suis craintif(ve) aux traitements dentaires.  
 Je crois que je porterai un dentier un jour.  
 J'ai eu des mauvaises expériences chez le dentiste.  
 J'ai déjà eu des traitements périodiques (traitements de gencives; curetage, greffe...).  
 J'ai des problèmes d'haleine.  
 Il arrive que des aliments demeurent coincés entre mes dents.  
 Mes gencives saignent, sont sensibles ou irritées  
 J'ai des dents branlantes ou déplacées.  
 Mes dents sont sensibles au chaud, au froid, au sucré ou à la pression.  
 Il m'arrive de grincer des dents.

Suite au verso...

**Suite...**

- À mon réveil, mes mâchoires sont sensibles.
- J'ai des maux de têtes, des maux d'oreilles ou de la douleur au cou.
- J'ai déjà perdu des dents, autres que mes dents de sagesse.
- Ces dents manquantes ont été remplacées.
- On m'avait suggéré ce remplacement.
- J'ai déjà porté des broches.
- J'ai déjà eu des traitements de canaux.
- Je crois que mes dents se décolorent.
- J'aimerais avoir les dents plus blanches.
- J'utilise la soie dentaire.
- J'aimerais que vous m'aidiez à développer des méthodes d'hygiène adéquates que je pourrais utiliser à la maison, afin d'éliminer mes problèmes dentaires.

À l'aide des chiffres 1,2,3,4, ( 1 étant la raison principale, et 4 la dernière raison), veuillez évaluer les raisons qui vous ont empêché de recevoir des traitements dentaires.

- Manque d'intérêt
- Coût des traitements
- Peur de la douleur
- Non disponibilité à cause du travail

**Pour votre sécurité et la nôtre, veuillez cocher les cases pour lesquelles vous avez des problèmes particuliers. Nous vous remercions de votre coopération. (Veuillez noter que ces renseignements resteront confidentiels.)**

- Fièvre rhumatismale
- Problèmes cardiaques
- Haute pression
- Basse pression
- Diabète
- Évanouissements répétés ou épilepsie
- Ulcères ou problèmes d'estomac
- Problèmes nerveux
- Asthme
- Saignements anormaux
- Chirurgie (radiations pour un kyste ou tumeur)
- Problèmes de foie : Hépatite A, B ou C
- Séro positif
- Autre : \_\_\_\_\_

**\*Êtes-vous allergique à :**

- La pénicilline
- La codéine
- Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de santé autres que ceux énumérés ci-haut? \_\_\_\_\_  
Êtes-vous sous les soins d'un médecin présentement? \_\_\_\_\_ Pourquoi? \_\_\_\_\_  
Est-ce que vous prenez des médicaments présentement? \_\_\_\_\_ Lesquels? \_\_\_\_\_  
Êtes-vous enceinte / Date d'accouchement : \_\_\_\_\_

Quel est le nom de votre dentiste précédent? \_\_\_\_\_  
Nom, adresse et numéro d'un parent qui n'habite pas avec vous en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

MÉDECIN DE FAMILLE : \_\_\_\_\_ TÉL. : (    ) \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_