

Bienvenue A Notre Clinique

Dossier _____
Alerte Medical _____

Date; _____
 Jour Mois Annee

Votre coopération est nécessaire en remplissant ce questionnaire pour être en mesure de vous livrer des soins dentaire de hautes qualités. Toutes informations est strictement confidentielles. Nos employées sont disponibles pour vous aider à remplir ce formulaire. SVP écrire en lettres détachées.

Enregistrement

Patient adulte	Parent	ou Gardien							
Nom: _____ M. Mlle. Mme Dr.									
(nom)			(prénom)			(initial)			
Adresse: _____ Préfère d'être appeler; _____									
(rue)			(ville)			(code postal)			
Tel Res: () _____		Date de Naissance: _____				État matrimonial : _____			
		Jour		mois		année			
Tel Bur : () _____		Ext. _____		Employeur : _____					
Est-ce qu'on peut vous téléphoner au travail ? _____				Occupation : _____			# de permis : _____		
Patient Enfant / Adolescent ou Patient sous tuteur									
Nom : _____ Préfère d'être appeler; _____									
(nom)			(prénom)			(initial)			
Adresse : (si différent que ci-dessus) _____									
(rue)			(ville)			(prov)		(code postal)	
Date de naissance : _____				Grade : _____		Sex : _____		Tel res : () _____	
Jour				mois		année			
(si différent que ci-dessus)									
Frères / Sœurs (qui ne sont pas patient actif) : _____									
Épouse Partenaire Autre Parent Autre Gardien SVP complété tout information si différent que ci-dessus									
Nom : _____ Tel : () _____									
(nom)			(prénom)			(initial)			
Adresse : _____									
(rue)			(ville)			(prov)		(code postal)	
Occupation : _____				Préfère de recevoir les appelles au; Travail			Résidence les deux		
Employeur : _____						Tel Bur : () _____		ext : _____	
Date de naissance : _____				# de permis : _____					
j				m		a			

Médical

Médecin de famille : _____		Tel : () _____	
Spécialiste Médical : _____		Tel : () _____	
Contact d'urgence : _____		Tel : () _____	
Parenté proche n'habitant pas avec vous : _____		Tel : () _____	
Raison de cette Rendez-vous ? Travail Urgence Consult Autre _____			
Est-ce qu'il y a un problème qui nécessite un traitement immédiat ? _____			
Autres membres de la famille qui sont patient dans notre clinique? Noms; _____			
_____		_____	
_____		_____	
Qui vous a référé à notre pratique? _____ est; Famille (relation) _____			
Ou a quel endroit vous nous avez trouvé; Ami (e) Confrère/sœurs de travail			
Envoi postal		Page jaunes	
Site Web		Autre _____	

Suite histoire médical

Je ne sais pas
Oui /Peut-être Non

11. Est-ce que vous saignez anormalement ou faites des ecchymoses facilement ?
12. Avez-vous déjà reçu un traumatisme, une chirurgie ou de la radiothérapie au visage ou mâchoire?
13. Avez-vous fréquemment des maux de têtes sévères ?
14. Avez-vous déjà perdu connaissance?
15. Avez-vous déjà reçu une transplantation d'organe ou implants médicaux?.....
16. Avez-vous n'importe autre maladie, condition ou problème que le dentiste devrait savoir?
17. FEMME SEULEMENT -Etes vous enceinte? Si oui, à quel mois vous êtes ? _____
-Prenez vous des pilules anti-conceptionnelle? _____

Histoire Dentaire

1. À quelle fréquence vous voyez votre dentiste? 6 mois Ans Autre _____
Dentiste antécédent _____ Date de la dernière visite _____
Date dernier nettoyage; _____ Date des derniers Rayon X _____

2. Avez vous déjà reçu des instructions d'hygiène sur le; Brossage La soie dentaire Autre _____ Par qui ? _____

3. A quelle fréquence vous vous brossez les dents ? _____ Type de brosse à dents? souple, moyen, dure
Type de brossage? vigoureux, léger

4. À quelle fréquence vous vous passez la soie dentaire ? _____

5. Autre adjuvants utilisés ? Soie dentaire Stimudents Cure-dent Autre _____

6. Est-ce que vos dents sont sensible au; Froid Chaud Sucré Autre _____

7. Est-ce que vos gencives saignent quand vous ; Brossez Passez la soie spontanément

8. Quelle est la quantité de sucre absorbé : Peu Moyen Beaucoup

9. Avez-vous ou avez-vous déjà eu les suivants; SVP cochez (✓)

Des ponts	Perdu un plombage	Une plaque occlusal / bruxisme	Traitements de gencives
Partiels	Extractions	Enflure ou douleur dans votre	Haut de cœur facilement
Dentiers	Dents looses	bouche ou mâchoire	Difficulté à ouvrir ou fermer votre
Tx de canal	Broches (ortho)	Trauma au visage ou les mâchoires	mâchoire
Implant dentaire	Ajustement d'occlusion	Chirurgie buccal	

Je ne sais pas

Oui /Peut-être Non

10. Avez-vous déjà eu une chirurgie au niveau des mâchoires ?

11. Avez-vous de la douleur au niveau des articulations des mâchoires ?

12. Est-ce que sa fait mal si vous serrez les dents ?

13. Est-ce que votre mâchoire craque quand vous ouvrez grand ?

14. Es-ce que vous mâchez seulement sur un côté de votre bouche? Si Oui, pourquoi?

15. Avez-vous de la douleur au niveau des oreilles ?

16. Est-ce que vous? - serrez ou grincez vos dents durant le jour ou la nuit ?

- respirez par la bouche durant le jour ou le soir ?

- mordiez vous vos lèvres ou les joues régulièrement ?

- tenez des objets entre vos dents ? (i.e. pipe, crayon, clous).....

- fumez ? Cigarettes Cigares Pipe Autre _____ No. /jours _____

17. Avez-vous notez des bosses ou des blessures dans votre bouche? Si Oui, a quel endroit?

18. Avez-vous déjà eu des problèmes avec des traitements dentaires antérieurement?

19. Etes vous satisfait avec l'apparence dents? Si non, spécifié; _____

20. Sur une échelle de 1 à 10 (10 étant parfait) comment vous évaluez votre sourire? Spécifié; _____

21. Cochez (✓) les items suivants qui vous intéressent ou que vous avez déjà contemplé :

Broches Orthodontie	Réparer des dents « chipper »	Meilleur santé de gencive
Bonding (dents droit)	Blanchiment	Meilleur «bite »
Fermer des espaces entre les dents	Couronnes	Meilleur haleine
Remplacer les dents manquantes	Protecteur buccal sportif	Meilleur sourire