

LE GROUPE ENDODENT
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CONFIDENTIEL

Écrire lisiblement S.V.P.

M./ MME./ MLLE./ DR.

Nom..... Prénom.....
Adresse..... Appt.....Ville.....
Code postal.....Date de naissance (J/M/A).....
Tél rés...().....Tél bur...().....Ext:
Tél cell...().....Occupation.....
Responsable du paiement des honoraires.....Lien de parenté.....
RÉFÉRÉ PAR (Nom de votre dentiste).....

ASSURANCE

Avez-vous une assurance dentaire?.....Nom..... Autre assurance.....
No de police.....No de certificat/employé(e)..... No de division.....
Titulaire de l'assurance.....Date de naissance.....Lien de parenté.....

S.V.P. ENCERCLER LA REPONSE APPROPRIÉE

Avez-vous été soigné(e) par un médecin au cours des 12 mois précédents?..... OUI NON
Avez-vous été hospitalisé(e) ou subi une chirurgie au cours des 2 dernières années?..... OUI NON
Avez-vous pris des médicaments au cours des 12 mois précédents..... OUI NON
Si oui, lesquels.....
Avez-vous de la difficulté à respirer lorsque vous êtes étendu(e)..... OUI NON
Avez-vous déjà pris de la cortisone pendant une période prolongée?..... OUI NON
Avez-vous des prothèses aux articulations, valves cardiaques, stimulateur cardiaque, etc..... OUI NON
Avez-vous déjà eu une réaction défavorable aux injections dentaires?..... OUI NON
Devez-vous prendre des antibiotiques avant tous vos traitements dentaires?..... OUI NON
Nom de votre médecin de famille.....
FEMME : Êtes-vous enceinte?..... OUI NON
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle?..... OUI NON

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE DES MALADIES SUIVANTES : (✓ si OUI)

Troubles cardiaques	Fièvre rhumatismale	Éruption cutanée	Transfusion sanguine
Souffle au coeur	Maladie du foie	Cancer	Porphyrie
Haute/basse tension	Diabète	Epilepsie	Ulcères
Sida/Séropositif	Hépatite A	Hépatite B	Hépatite C
Tuberculose	Thyroïde	Anémie	Herpès buccal
Maladie ou troubles rénaux	Tendance à l'évanouissement	Tendance aux ecchymoses	Problème temporo-mandibulaire
Sinusite	Asthme	Autre _____	

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE RÉACTION ALLERGIQUE ou ANORMALE À L'UN DES PRODUITS SUIVANTS?

LATEX.....Oui Non Codéine.....Oui Non Anti-inflammatoires.....Oui Non
Pénicilline.....Oui Non Clindamycine.....Oui Non Tétracycline.....Oui Non
Aspirine.....Oui Non Spécifier autres allergies.....

En cas d'urgence appeler :Nom : _____ Tél : _____

Je déclare avoir lu, compris et complété ce questionnaire à ma meilleure connaissance. Si pendant la durée du traitement il y a un changement dans mon état de santé et/ou changement dans les médicaments que je prends, je vous en aviserai immédiatement. Je comprends que le paiement doit être fait, au complet, à la fin du traitement.

Signature _____ Date _____