

Nom : \_\_\_\_\_ Femme  Homme

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphones: Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Cochez la case : Célibataire  Marié  Conjoint de fait  Séparé  Autre  \_\_\_\_\_

Si vous êtes étudiant : temps plein  temps partiel

Nom de l'école actuelle \_\_\_\_\_

Nom de votre conjoint(e) ou de vos parents : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Vous êtes originaire de quelle ville/région/pays ? \_\_\_\_\_

Quelle est votre occupation \_\_\_\_\_

Vous avez étudié à quelle école/Cegep/Université ? \_\_\_\_\_

Nom de votre conjoint(e) et son occupation \_\_\_\_\_

Le nom de vos enfants et leurs âges \_\_\_\_\_

Qui a-t-il de plus chouette que d'aller chez le dentiste ? \_\_\_\_\_

### De quelle façon nous connaissez-vous?

Site web [www.dentiste-troisrivieres.ca](http://www.dentiste-troisrivieres.ca)

Pages jaunes  Passé devant la clinique  Publicités papier  Facebook  Google

autre site internet  \_\_\_\_\_ Télévision  Radio  Journal  Magazine

Un membre de la famille vient ici  veuillez inscrire son nom: \_\_\_\_\_

Référé par un ami  veuillez inscrire son nom: \_\_\_\_\_

J'ai reçu votre lettre par la poste

Aide sociale : Oui  Non  Depuis combien de temps ?\_\_

**Assurez-vous de toujours avoir en main votre carnet valide, il vous sera nécessaire de le présenter à la secrétaire à chaque rendez-vous.**

Êtes-vous autochtone ? Oui  Non  Inscrire votre # de bande \_\_\_\_\_

*Vos assurances sont votre responsabilité, nous ne sommes pas responsables des réclamations aux assurances, mais voulons bien vous aider.*

Assurance dentaire : Oui  Non  # de police : \_\_\_\_\_ # de certificat : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Lien de l'assuré avec vous ? \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Nous vous invitons à vous renseigner auprès de votre assurance afin de connaître vos fréquences payés d'examen nettoyage, votre maximum par année ainsi que votre franchise à déboursier.

**HISTOIRE MÉDICALE**

Date de votre dernier rendez-vous médical \_\_\_\_\_

Nom de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

Oui Non

Trouble cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haute / basse pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble rénal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite / maladie du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements prolongés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie respiratoire ? (bronchite, asthme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez vous déjà pris des médicaments pour l'ostéoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome / cataracte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.I.H. / sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITSS ? (infections transmissibles sexuellement et par le sang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____		
Est-ce réglé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère de l'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des prothèses articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience / étourdissements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux d'oreilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies :		
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres antibiotiques : _____		
Autres allergies : _____		
Êtes-vous enceinte présentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médication actuelle : _____		
Avez-vous pris de la cortisone au cours de la dernière année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de cigarettes par jour? _____		
Prenez-vous des drogues telle la cocaïne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventions chirurgicales	Année	
_____	( )	
_____	( )	
_____	( )	
Avez-vous eu des traitements de radiothérapie ou de chimiothérapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTOIRE DENTAIRE**

**Raison de votre visite aujourd'hui?**

Je veux avoir un examen complet et savoir mes besoins actuels

Je viens pour une consultation

J'ai de la douleur et un besoin d'aide immédiatement

Je vais bien, je veux simplement avoir un nettoyage

Autres \_\_\_\_\_

Combien de temps depuis votre dernier

rendez-vous dentaire : \_\_\_\_\_

Nom de votre ancien dentiste \_\_\_\_\_

Localité de votre ancien dentiste \_\_\_\_\_

Oui Non

Votre sourire vous plaît-il?

Si vous pouviez changer quelque chose de votre sourire, que changeriez-vous? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu :

Traitements des gencives ?

Hémorragie ?

Traitement d'orthodontie ?

Traitement de canal ?

Extraction ou chirurgie buccale ?

Radiographies dentaires ?

Implants dentaires?

Avez-vous des

Douleurs / difficultés

lorsque vous ouvrez la bouche ?

Douleurs au froid/chaud/sucré

Saignements des gencives?

Dents manquantes non remplacées?

Dents mobiles?

Récessions gingivales

Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires?

J'ai évité les traitements dentaires dans le passé parce que

J'avais peur de l'anesthésie  J'avais peur du bruit

J'avais peur d'avoir de la douleur

Je n'avais pas le temps  Je n'avais pas l'argent

Je n'en sentais pas le besoin

Nous aimerions vous connaître plus...

Je change de dentiste parce que...

J'ai déménagé, avant j'étais à \_\_\_\_\_

La personnalité des anciens dentistes /employées

Dentiste ne pratique plus

Problèmes de communication

Traitements inadéquats

Besoin d'un second avis ou une meilleure option de traitement

Je recherche un dentiste et une équipe qui comprennent mes besoins

Je veux être avec la meilleure équipe dentaire en Mauricie

Mon ancien dentiste n'était pas drôle

Fréquence de vos anciens examens/nettoyages dentaires:

1 fois/an  2 fois/an  3 fois/an  4 fois/an

Urgence seulement

Voulez-vous en savoir plus sur

- Les implants dentaires
- Les greffes osseuses
- Le protoxyde d'azote (gaz qui réduit le stress)
- Les greffes de gencive
- L'alloderm
- Invisalign ou l'orthodontie invisible
- L'orthodontie
- L'orthopédie dentofaciale
- Quand venir pour la première fois avec son enfant
- Les dents de sagesse
- Les traitements de gencives (parodontie)
- Les traitements de canaux
- Les blanchiments dentaires
- Les moyens de paiement DentoPlan et AccordD



Je soussigné déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage, par la présente, à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivi) et mon inscription sur la liste de rappel du dentiste traitant. On m'a informé que mon dossier sera conservé au cabinet en tout temps et que le dentiste et son personnel auxiliaire y auront seuls accès. On m'a aussi informé de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander une rectification, et de me retirer de la liste de rappel.

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

Signature du dentiste: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## Politique d'annulation de rendez-vous

Le présent texte a pour but de vous faire part de notre politique d'annulation de rendez-vous. Nous tenons aussi à vous expliquer pourquoi il est **déstabilisant** pour nous lorsque les patients ne respectent pas leurs rendez-vous. Nous demandons aux patients de bien vouloir **nous aviser un minimum de 48 heures** avant l'heure prévue de leur rendez-vous pour toutes modifications. Une secrétaire fera un appel de courtoisie afin de vous faire penser à votre rendez-vous dans les jours précédents et nous vous demandons en retour de nous rappeler afin de confirmer que vous avez bien reçu notre message, soit par téléphone soit par courriel. À défaut de vous joindre pour confirmer, n'oubliez pas que vous êtes responsable de respecter votre rendez-vous et de vous présenter sans quoi **des frais de 30,00\$ pourraient s'appliquer**.

Nous sommes une équipe qui travaille à la préparation de votre rendez-vous afin de bien recevoir et de bien vous servir. Que ce soit le dentiste qui prend connaissance de votre dossier, prépare l'intervention et analyse les radiographies, la secrétaire qui planifie méticuleusement la journée aux 10 minutes, l'hygiéniste qui révisé votre dossier, l'analyse et monte sa salle ou l'assistante dentaire qui stérilise les instruments, désinfecte la salle et installe les instruments, il y a beaucoup de planification derrière la préparation de chaque rendez-vous. Lorsque du temps vous est réservé, il est **exclusivement** pour vous. Nous nous engageons à le respecter dans la mesure du possible malgré les inconvénients et retards dont nous n'avons pas le contrôle.

De plus, tous les jours, nous recevons des appels d'urgence de patients en douleur voulant être vue le plus rapidement possible. Le fait de prendre un rendez-vous et de ne pas se présenter nous empêche de recevoir ces personnes et de les soulager.

Suite à la lecture de ce texte, je comprends pourquoi il est important d'aviser l'équipe de la clinique dentaire pour toute absence un minimum de 48 heures.

Nom en lettre moulée : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Merci beaucoup !

L'équipe de la clinique dentaire Daniel Rioux