

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Prénom _____ Nom de famille _____ Date de naissance ____/____/____
Sexe : masculin féminin J M A
Adresse : No _____ Rue _____ Apt _____
Ville _____ Code postal _____
Tél. pour vous rejoindre: domicile _____ Travail _____ Cellulaire _____
Courriel _____
En cas d'urgence, contacter _____ Tél. _____

Raison de votre visite _____

Êtes-vous claustrophobe? Oui Non

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Avez-vous déjà eu les traitements dentaires suivants :

Traitement des gencives	<input type="checkbox"/>	Extractions dentaires	<input type="checkbox"/>
Traitement d'orthodontie	<input type="checkbox"/>	Implants dentaires	<input type="checkbox"/>
Traitement de canal	<input type="checkbox"/>	Chirurgie aux mâchoires	<input type="checkbox"/>
Greffes osseuses	<input type="checkbox"/>	Traumatisme ou accident au visage	<input type="checkbox"/>

Autre _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin?

Raison _____

Nom du médecin _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Fumez-vous? Oui Non

Ronflez-vous? Oui Non

Souffrez-vous de ou avez-vous souffert de :

Hypertension	<input type="checkbox"/>	Maladie du rein	<input type="checkbox"/>
Hypotension	<input type="checkbox"/>	Hépatite A ou B	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	Tendance à vous évanouir	<input type="checkbox"/>
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	Hospitalisation	<input type="checkbox"/>
Allergies _____			

Autre _____

Femmes seulement : êtes-vous enceinte? Oui Non

Signature du patient ou du parent responsable _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____