



# Questionnaire de Santé

Nom : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

Pour que nous puissions adresser vos besoins de façon efficace; s'il vous plaît remplissez le questionnaire ci-dessous de façon honnête et lisible. Pour répondre, indiquer un « X » dans les cases correspondantes de la colonne à votre droite.

O= Oui N=Non

## A. Motifs de la Visite d'aujourd'hui

1. S.v.p. expliquer brièvement les raisons qui ont motivé votre visite au dentiste.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## B. Médication Actuelle et Passée

1. Prenez-vous présentement des médicaments ou des drogues, sans ou avec prescription, incluant les vitamines et les herbes?  O  N  
Spécifié: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Avez-vous utilisé des drogues ou des médicaments dans le cadre des six dernier mois?    
Spécifié: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Prenez vous souvent l'ibuprofène , l'Aspirine , l'acétaminophène (Tylenol)  ou autres  médicaments anti-douleur? .....    
Si oui, spécifié les raisons et la fréquence : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## C. Maladie Passées et Présentes

1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? .....    
Si oui, indiquer ses coordonnées ci-dessous :

Prénom: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Précautions et Notes Section réservé au dentiste :

## Consentement

1. Je, soussigné, déclare avoir lu, compris et répondu le questionnaire de santé ci-dessus au meilleur de ma connaissance.

Signature : \_\_\_\_\_  
Gardien (-18) : \_\_\_\_\_

2. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire (diagnostic, traitements et suivis) et mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitant(s).

*On m'a informé(e) que mon dossier sera conservé au cabinet ou avec mon dentiste traitant en tout temps et que le(s) dentiste(s) et son (leur) personnel auxiliaire y aura (auront) seul(s) accès.*

*On m'a aussi informé(e) de mon droit de consulter mon dossier, d'y demander un rectification, et de me retirer de l a liste de rappel.*

Signature : \_\_\_\_\_  
Gardien (-18) : \_\_\_\_\_

3. J'autorise le(s) dentiste(s) à utiliser le contenu de mon dossier (photo, modèles d'études, radiographies, etc.) pour des raisons éducatives et les présentations de cas.

Signature : \_\_\_\_\_  
Gardien (-18) : \_\_\_\_\_

- |  | <u>O</u>                 | <u>N</u>                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Indiquez si vous avez déjà souffert ou si vous souffrez présentement des maladies suivantes :         |                          |                          |
| a. Maladies de l'enfance.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Oreillons.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Scarlatine <input type="checkbox"/> et/ou fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Diphtérie.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mastoïdite.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Maladie du coeur.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Haute <input type="checkbox"/> et/ou basse <input type="checkbox"/> pression.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Artériosclérose.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Hémorragie cérébrale.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Hémophilie.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Rhumes <input type="checkbox"/> et/ou sinusites <input type="checkbox"/> fréquents.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Tuberculose <input type="checkbox"/> et/ou problème des poumons <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Asthme.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Maladie de la peau.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Diabète <input type="checkbox"/> et/ou diabète gestationnel <input type="checkbox"/> .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Maladie du foie <input type="checkbox"/> et/ou des reins <input type="checkbox"/> .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. Hépatite A <input type="checkbox"/> , B <input type="checkbox"/> ou C <input type="checkbox"/> .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r. Maladie de la thyroïde.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s. Arthrite <input type="checkbox"/> et/ou la goutte <input type="checkbox"/> .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t. Rachitisme.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u. Maladies vénériennes.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Épilepsie.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| w. Désordre psychologique ou nerveux.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x. Anémie.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| y. Cancer.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| z. Parodontite.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Êtes-vous atteint du SIDA?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Êtes-vous séropositif?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie (tumeur)..               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous déjà reçu des traitements aux rayons X, radium et/ou au cobalt à la tête et/ou au cou?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous déjà subi un traumatisme à la tête et/ou au visage?.....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires?.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, lesquelles et quand:

- a. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

#### D. Revue des Systèmes

1. S.v.p. indiquez, de façon approximative, votre :  
 Poids: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_

- |   | <u>O</u>                 | <u>N</u>                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 17. Grincer ou serer vous les dents?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, indiquer quand vous l'apercevez le plus souvent : Lors du sommeil <input type="checkbox"/> , Quand je suis stressé <input type="checkbox"/> , au travail et/ou à l'école <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> , Je ne sais pas <input type="checkbox"/> , Autres <input type="checkbox"/> : _____ |                          |                          |

#### J. Questionnaire d'anxiété

Si vous le croyez nécessaire, s.v.p. évaluer votre niveau d'anxiété dans la section ci-dessous en indiquant un « X » dans les cases.

- Avez-vous peur d'aller au dentiste?.....
- Si vous aurez eu besoin de vous rendre au dentiste demain, vous seriez [...] anxieux.

Un peu, Moyennement, Très, Extrêmement

- Si vous étiez assis dans la salle d'attente en patientant un traitement, vous seriez [...] anxieux.

Un peu, Moyennement, Très, Extrêmement

- Si l'hygiéniste s'apprêtait à détartre et à polir vos dents, vous seriez [...] anxieux.

Un peu, Moyennement, Très, Extrêmement

- Si on s'apprêtait à vous faire une injection locale dans la gencive, vous seriez [...] anxieux.

Un peu, Moyennement, Très, Extrêmement

- Si le dentiste s'apprêtait à forer une de vos dents, vous seriez [...] anxieux.

Un peu, Moyennement, Très, Extrêmement

- Si le dentiste s'apprêtait à faire un traitement de canal, vous seriez [...] anxieux.

Un peu, Moyennement, Très, Extrêmement

- Si nous étions capables de vous aider à contrôler votre anxiété lors des visites au bureau dentaire, est-ce que vous aimeriez qu'on vous en parle? .....

#### K. Général

Souhaitez-vous discuter de votre santé, de vos dents, de votre niveau d'anxiété, etc. de façon privé avec votre dentiste?.....

S.v.p. exprimer vos soucis, vos commentaires ou vos suggestions dans la section ci-dessous.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Depuis quand portez-vous vos prothèses?  
Haut: \_\_\_\_\_ Bas: \_\_\_\_\_
4. Qui a fait vos prothèses? Dentiste , Denturologue ,  
Autres : \_\_\_\_\_
5. Combien de fois vos prothèses ont-elles été refaites?  
Haut : \_\_\_\_\_ Bas: \_\_\_\_\_ O N
6. Portez-vous toujours vos prothèses?.....    
Si non, indiquer quand vous les enlevées : \_\_\_\_\_
7. Avez-vous des douleurs en ouvrant la bouche?
8. Avez-vous souvent des blessures en bouche?..
9. Enlevez-vous vos prothèses quand elles vous blessent?.....
10. Y a-t-il des aliments que vous ne pouvez pas manger avec vos prothèses?.....    
Spécifié: \_\_\_\_\_
11. Les implants dentaires ont-elles été conseillées à votre cas auparavant? .....
12. Êtes-vous satisfait avec vos prothèses?.....

### **I. Examen du Joint TM et de l'Occlusion**

1. Souffrez-vous actuellement de douleurs provenant des articulations de la mâchoire ou de ses muscles?.....
2. Avez-vous déjà souffert de douleurs provenant des articulations de la mâchoire ou de ses muscles?.....
3. Croyez-vous que ces problèmes nécessitent des traitements?.....
4. Avez-vous déjà reçu des traitements pour corriger une mauvaise occlusion de la bouche?..
5. Avez-vous reçu des traitements pour des troubles d'articulations de la mâchoire ou pour des spasmes musculaires faciaux?.....
6. Vos dents ferment-elles bien ensemble?.....
7. Êtes-vous déjà éveillé avec une sensation particulière aux dents ou à la mâchoire?.....
8. Vos dents vous font-elles mal quand vous mordez?.....
9. Souffrez-vous de douleur autour des yeux, oreilles ou à autre endroit sur tête?.....
10. Avez-vous souvent une sonnerie aux oreilles?
11. Avez-vous souvent mal dans le cou?.....
12. Les muscles de la mâchoire se fatiguent-ils?...
13. Est-il difficile d'ouvrir grand la bouche?.....
14. Est-il difficile d'avaler?.....
15. Entendez-vous des bruits provenant de la mâchoire?.....
16. Mordez-vous vos lèvres, les ongles ou la langue?.....

2. Indiquez si vous avez déjà présenté ou si vous présentez actuellement un des problèmes suivants:
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Perte de connaissance, étourdissement.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Difficulté avec les yeux.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Difficulté avec les oreilles.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Difficulté avec le nez.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Perte de la voix ou enrrouement fréquent ou prolongé.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Maux de poitrine du côté droit <input type="checkbox"/> ou du côté gauche <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Palpitations.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Essoufflement sous peu d'exercice.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Chevilles enflées la nuit.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Jaunisse.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Problème de la digestion.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> et/ou la bouche sèche <input type="checkbox"/> ....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Maux de gorge fréquents.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Toux fréquente.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Sang dans les crachats.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Saignement prolongé.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. La soif perpétuelle.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r. Urination fréquente.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s. Problèmes des reins <input type="checkbox"/> et/ou de la vessie <input type="checkbox"/> ....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t. Difficulté à supporter la chaleur.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u. Transpiration la nuit.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Grande fatigue.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| w. Maux de tête.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x. Migraines <input type="checkbox"/> et/ou maux de tête de tension <input type="checkbox"/> ..             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| y. Problème d'appétit.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| z. Insomnie.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. Avez-vous eu une perte ou un gain de poids marqué dernièrement?.....
4. Êtes-vous enceinte?.....    
Depuis combien de mois? \_\_\_\_\_
5. Prenez-vous la pilule d'anti-conception?.....
6. Avez-vous des symptômes de ménopause?.....    
Depuis quand? \_\_\_\_\_
7. Avez-vous des allergies?.....    
Si oui, spécifié: Aliments , Aspirine , Iode ,  
Pénicilline , Sulfamides , Codéine ,  
Anesthésie locale , Autres . Spécifié : \_\_\_\_\_
8. Avez-vous déjà subi une réaction allergique à un médicament ou un métal?.....    
spécifié \_\_\_\_\_
9. Avez-vous des prothèses articulaires.....

### **E. Histoire Familiale, Personnelle et Sociale**

1. Quel est l'état de santé psychologique et physique de vos parents?  
Mère: Bon , Moyen , Mauvais , Inconnu ,  
Père: Bon , Moyen , Mauvais , Inconnu ,

2. En moyenne, quel est l'état de santé psychologique et physique de votre fratrie?  
Bon , Moyen , Mauvais , Inconnu , Décédé
3. Indiquez si un membre de votre famille a déjà souffert de :
- |   | <u>O</u>                 | <u>N</u>                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tuberculose.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Diabète <input type="checkbox"/> et/ou diabète gestationnel <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hypertension.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Maladie du cœur.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cancer.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Épilepsie.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Désordre psychologique ou nerveuse.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Asthme.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Allergie.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Autres.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Spécifié: \_\_\_\_\_
4. Fumez et/ou usez-vous du tabac?.....    
Spécifié votre méthode de consommation: \_\_\_\_\_
5. Mâchez-vous la gomme nicotine?.....
6. Buvez-vous des boissons alcoolisées?.....    
Si oui, combien par jour/semaine? \_\_\_\_\_
7. Êtes-vous surchargé au travail et/ou à l'école?
8. Avez-vous des enfants?.....
9. En générale, comment évaluez-vous votre état de santé?  
Bon , Moyen , Mauvais

### F. Histoire Dentaire

1. a) Quand avez-vous eut votre dernier examen dentaire?  
0-6 mois , 6-12 mois , 1 ans ou + , Jamais   
Traitement reçu: \_\_\_\_\_
- b) S.v.p. indiquer les coordonnées de votre ancien dentiste : Nom : \_\_\_\_\_  
Tel : \_\_\_\_\_
2. Avez-vous déjà eut des traitements dentaires tels que :
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Démonstration d'hygiène buccale <input type="checkbox"/> et/ou de la soie dentaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Nettoyage (prophylaxie).....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Traitement de blanchiment.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Traitement <input type="checkbox"/> ou chirurgie <input type="checkbox"/> des gencives.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Traitement d'orthodontie.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Traitement de canal.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Plombage (obturations).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Couronnes et/ou ponts.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Prothèse amovible (dentier ou partiel).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Extractions.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Implants dentaires.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Chirurgie pour une tumeur sur les lèvres ou dans la bouche.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Autres.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. En moyenne, combien de fois passez-vous la soie dentaire par semaine? Tous les jours , Aux 2 jours , 1 fois par semaine , Rarement , Autres  : \_\_\_\_\_
4. En moyenne, combien de fois brossez-vous vos dents par jour? 1 fois par jour , 2 fois par jour , 3 fois par jour , Aux 2 jours , 1 fois par semaine , Autres : \_\_\_\_\_
5. Brossez-vous vos dents avec une brosse à dents électrique , à poils doux , medium , ou dure  ?
6. Quel sort de dentifrice utilisez-vous? Blanchissent , pour dents sensible , avec bicarbonate de soude , santé Total , produit naturel , aucun , autres  O N
7. Utilisez-vous des bandes blanchissantes?.....
8. Mâchez-vous la gomme blanchissante?.....
9. Respirez vous plutôt par la bouche?.....
10. Avez-vous les dents sensibles?.....    
Si oui, spécifié: L'air , Le froid , Le chaud ,  
Le sucre , Autres : \_\_\_\_\_
11. Vos gencives saignent-elles?.....
12. Il vous manquent-ils des dents?.....
13. Êtes-vous satisfait avec l'apparence de vos dents? Expliquer : \_\_\_\_\_

### G. Régime Alimentaire

1. Mangez-vous entre les repas?.....
2. Vos habitudes alimentaires comprennent-elles :
- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Gomme à mâcher: Sucre <input type="checkbox"/> ou Sans sucre <input type="checkbox"/> ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
| b. Les menthes : Sucre <input type="checkbox"/> ou Sans sucre <input type="checkbox"/> .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
| c. Chocolat.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
| d. Bonbons durs.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
| e. Boisson gazeuses.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
| f. Biscuits, gâteaux, pâtisseries.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
| g. Jus de fruits.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consommation par jour : _____  |                          |                          |
3. Buvez-vous le thé et/ou le café?.....    
Consommation par jour : \_\_\_\_\_  
Comment vous le prenez? Sucre , Produit sucré ,  
Produit laitier , Autres  : \_\_\_\_\_

### \*H. Prothèses (pour patients avec dentiers/partiels)

1. Quels genres de prothèses portez-vous?  
\_\_\_\_\_
2. S.v.p. indiquer la date approximative de vos extractions?  
Haut: \_\_\_\_\_ Bas: \_\_\_\_\_