



## FORMULAIRE POUR LES NOUVEAUX PATIENTS EN ORTHODONTIE

# ORTHOSTYLE

Votre coopération pour remplir le présent questionnaire est essentielle en vue de vous fournir des soins dentaires sécuritaires et appropriés. Tous les renseignements sont strictement confidentiels. Un membre de notre équipe pourra vous aider à remplir ce formulaire. VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

**NOM DU PATIENT (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM) :** \_\_\_\_\_

**NOM PRIVILÉGIÉ :** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AA) :** \_\_\_\_\_ **SEXE/GENRE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE DOMICILIAIRE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À DOMICILE :** \_\_\_\_\_ **AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE COURRIEL :** \_\_\_\_\_

Quelle est votre principale préoccupation? (Raison de la consultation orthodontique) \_\_\_\_\_

Qui pouvons-nous remercier de vous avoir aiguillé vers notre clinique? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été consulté en orthodontie? ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu un traitement orthodontique antérieur ..... Oui  Non

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Avez-vous des membres de votre famille ayant reçu un traitement orthodontique? ..... Oui  Non  s.o.

Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Veillez énumérer tous les membres de votre famille ayant reçu un traitement orthodontique et préciser le traitement spécifique qu'ils ont reçu.

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR 1

**NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM)** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_

L'adresse du parent ou du tuteur est-elle la même que celle de l'enfant? ..... Oui  Non  s.o.

**ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) :** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE COURRIEL :** \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/LE TUTEUR 2

**NOM (NOM DE FAMILLE, PRÉNOM)** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_

L'adresse du parent ou du tuteur est-elle la même que celle de l'enfant? ..... Oui  Non  s.o.

**ADRESSE (N°, RUE, VILLE, PROVINCE) :** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE COURRIEL :** \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE FINANCIER DE L'ENFANT :

Le parent/le tuteur 1  Le parent/le tuteur 2  Les deux  Moi-même  Autre  \_\_\_\_\_



NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE (SI LE PATIENT DISPOSE D'UN RÉGIME DE SOINS DENTAIRES, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS) :**

SOUSCRIPTEUR :

LIEN DE PARENTÉ :

COMPAGNIE D'ASSURANCE :

NUMÉRO DE POLICE :

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION :

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR :

SOUSCRIPTEUR (SECONDAIRE)

LIEN DE PARENTÉ :

COMPAGNIE D'ASSURANCE :

NUMÉRO DE POLICE :

NUMÉRO DE DIVISION/SECTION :

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR :

**DENTISTE DE FAMILLE**

DATE DE LA DERNIÈRE VISITE :

Quel traitement avez-vous reçu?

**MÉDECIN DE FAMILLE :**

DATE DE LA DERNIÈRE VISITE :

**NOM DU MÉDECIN SPÉCIALISTE :**

DOMAINE DE SPÉCIALITÉ :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OU ADRESSE :

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

Veuillez indiquer les symptômes ou troubles pour lesquels vous avez été traité ainsi que les traitements que vous avez reçus parmi les éléments qui figurent dans la liste ci-dessous :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évanouissement et étourdissements                            | <input type="checkbox"/> Cancer                            | <input type="checkbox"/> Hyperglycémie ou hypoglycémie                                     |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation                                    | <input type="checkbox"/> Traitement stéroïdien             | <input type="checkbox"/> Troubles mentaux ou nerveux                                       |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire | <input type="checkbox"/> Diabète                           | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires   |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu                                  | <input type="checkbox"/> Ulcères d'estomac                 | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine  |
| <input type="checkbox"/> Prolapsus valvulaire mitral                                  | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle           | <input type="checkbox"/> Autre maladie transmissible/infection transmissible               |
| <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque  | <input type="checkbox"/> Hypotension artérielle            | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique/angine/crise cardiaque                         |
| <input type="checkbox"/> Asthme ou emphysème  | <input type="checkbox"/> Arthrite/rhumatisme               | <input type="checkbox"/> Consommation ou dépendance à la drogue, à l'alcool ou au cannabis |
| <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque  | <input type="checkbox"/> Convulsions et crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Essoufflement   |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire   | <input type="checkbox"/> Maladie rénale                    | <input type="checkbox"/> Ostéoporose   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose  | <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne              |  |

Veuillez fournir des détails sur les éléments sélectionnés dans la liste ci-dessus.

---

---

---



NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (VEUILLEZ SÉLECTIONNER OUI OU NON À CHAQUE QUESTION)

1. Avez-vous des problèmes de santé?..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Avez-vous des antécédents de maladie grave? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Prenez-vous des drogues ou des médicaments?..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Êtes-vous allergique ou sensible à certains médicaments? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Êtes-vous allergique au latex ou à d'autres produits? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Devez-vous recevoir une prémédication (par exemple, des antibiotiques) avant le traitement dentaire? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Fumez-vous, vapotez-vous, utilisez-vous des cigarettes électroniques ou mâchez-vous des produits du tabac? Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez quantifier votre consommation quotidienne (p. ex., nombre de cigarettes par jour) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ou été hospitalisé? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids récemment?..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Êtes-vous enceinte? ..... Oui  Non
11. Allaitiez-vous actuellement? ..... Oui  Non
12. Prenez-vous des contraceptifs ou des hormones? ..... Oui  Non   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Êtes-vous atteint d'autres maladies que nous devrions connaître? ..... Oui  Non   
\_\_\_\_\_
14. Veuillez fournir des détails sur vos voyages récents et sur les symptômes tels qu'une toux ou une maladie survenue depuis le voyage. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS DENTAIRES**

(POUR CHAQUE QUESTION, VEUILLEZ SÉLECTIONNER « OUI », « NON » OU « AUTRE », OU INDIQUER QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN)

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI OU REÇU :

1. Un traitement chirurgical ou une extraction? ..... Oui  Non  Autre   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Un traumatisme crânien/une fracture de la mâchoire/un accident de voiture? ..... Oui  Non  Autre   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Une chirurgie de la mâchoire? ..... Oui  Non  Autre   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Un traitement des gencives? ..... Oui  Non  Autre   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà eu des problèmes articulaires (articulation temporomandibulaire)? ..... Oui  Non  Autre   
Si vous avez coché « oui », veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HABITUDES/HYGIÈNE**

Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suçage du pouce/des doigts/d'objets | <input type="checkbox"/> Respiration buccale                       |
| <input type="checkbox"/> Mâchouillage de stylos              | <input type="checkbox"/> Position ouverte de la bouche au repos    |
| <input type="checkbox"/> Mordillement de la lèvre            | <input type="checkbox"/> Gomme à mâcher                            |
| <input type="checkbox"/> Onycophagie (se ronger les ongles)  | <input type="checkbox"/> Brossage. Combien de fois par jour? _____ |
| <input type="checkbox"/> Tic nerveux                         | <input type="checkbox"/> Passage de la soie dentaire               |
| <input type="checkbox"/> Serrement de dents/bruxisme         | <input type="checkbox"/> Bain de bouche au fluor                   |
| <input type="checkbox"/> Poussée de la langue                |  |

Je, soussigné, déclare avoir lu et compris le questionnaire médical/dentaire ci-dessus et y avoir répondu au mieux de mes connaissances. Je m'engage également par la présente à vous informer de tout changement de mon état de santé.

J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du ou des dentistes traitants. J'ai été informé que mon dossier sera conservé à la clinique en tout temps et que seul le ou les dentistes et le personnel auxiliaire y auront accès. J'ai également été informé de mon droit de consulter mon dossier, de demander qu'il soit corrigé au besoin et de retirer mon nom de la liste de rappel.

\_\_\_\_\_  
(Signature)      PATIENT  PARENT  TUTEUR  RESPONSABLE       Date

À L'USAGE EXCLUSIF DU MÉDECIN

\_\_\_\_\_  
(Examiné par un dentiste)\_\_\_\_\_  
Date