



Clinique de chirurgie
MAXILLO-FACIALE
de Gatineau
Dr Claude Guimond

Questionnaire

Nom: _____ Prénom: _____ Age: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Téléphone: Maison (____) _____ Date de naissance: _____
Travail (____) _____
Cellulaire (____) _____

Dentiste: _____ Médecin de famille: _____

Avez-vous un plan d'assurance dentaire? OUI NON

1er plan d'assurance

Nom de la compagnie: _____

Nom du détenteur de la police: _____

Numéro de police: _____

Numéro du régime: _____

Date de naissance (détenteur de la police): _____

Relation avec la personne assurée: _____

Si étudiant, nom de l'institution: _____

2e plan d'assurance

Nom de la compagnie: _____

Nom du détenteur de la police: _____

Numéro de police: _____

Numéro du régime: _____

Date de naissance (détenteur de la police): _____

Relation avec la personne assurée: _____

Remplir le questionnaire médical au veso

HISTOIRE MEDICALE

ENCERCLER OU REPENDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES:

- En ce moment, avez-vous de l'inconfort ou de la douleur? O N
- Êtes-vous nerveux à l'idée de recevoir des traitements chirurgicaux? O N
- Avez-vous déjà une mauvaise expérience chez un dentiste? O N
- Avez-vous consulté un médecin depuis les 12 derniers mois? O N
- Avez-vous déjà eu des chirurgies? O N
- Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement::

Médicament	Dose	Fréquence/jour

- Avez-vous des allergies (c-à-d. démangeaisons, urticaire, enflure des pieds/mains/yeux/gorge) ou des réactions d'intolérance due à la pénicilline, aspirine, codéine or tout autre médicament ou aliments? O N
- Avez-vous déjà eu un saignement excessif nécessitant un traitement spécial? O N
- Avez-vous des antécédants directs ou familiaux d'hyperthermie maligne? O N

Crochetez toute maladie énoncée ci-bas que vous avez subi dans le passé ou dont vous souffrez présentement :

Déficiência cardiaque <input type="checkbox"/>	Anémie <input type="checkbox"/>	Maladie de la thyroïde <input type="checkbox"/>	Jaunisse <input type="checkbox"/>
Crise cardiaque <input type="checkbox"/>	Accident vasculaire <input type="checkbox"/>	Radiothérapie <input type="checkbox"/>	Transfusion sanguine <input type="checkbox"/>
Angine <input type="checkbox"/>	Maladie rénale <input type="checkbox"/>	Chimiothérapie <input type="checkbox"/>	Dépendance <input type="checkbox"/>
Haute pression <input type="checkbox"/>	Ulcère <input type="checkbox"/>	Arthrite <input type="checkbox"/>	Hémophilie <input type="checkbox"/>
Souffle au coeur <input type="checkbox"/>	Emphysème <input type="checkbox"/>	Rhumatisme <input type="checkbox"/>	ITS <input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/>	Toux <input type="checkbox"/>	Cortisone <input type="checkbox"/>	Feux sauvages <input type="checkbox"/>
Scarlatine <input type="checkbox"/>	Tuberculose <input type="checkbox"/>	Glaucome <input type="checkbox"/>	Herpès <input type="checkbox"/>
Lesions cardiaques <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>	Douleur mâchoire <input type="checkbox"/>	Épilepsie/Convulsions <input type="checkbox"/>
Valve cardiaque <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins <input type="checkbox"/>	SIDA(HIV) <input type="checkbox"/>	Étourdissements <input type="checkbox"/>
Stimulateur cardiaque <input type="checkbox"/>	Troubles des Sinus <input type="checkbox"/>	Hépatite B <input type="checkbox"/>	Nervosité <input type="checkbox"/>
Chirurgie cardiaque <input type="checkbox"/>	Allergies <input type="checkbox"/>	Hépatite C <input type="checkbox"/>	Traitements Psychiatriques <input type="checkbox"/>
Articulation artificielle <input type="checkbox"/>	Diabète <input type="checkbox"/>	Maladie du foie <input type="checkbox"/>	Anémie à hématies falciformes <input type="checkbox"/>

- Fumez-vous? O N Si oui, combine de cigarettes | jour, depuis combien d'années? _____
- Buvez-vous (alcool)? O N Si oui, combien de consommation par jour? _____
- Devez-vous vous arrêter à cause de douleurs à la poitrine ou d'essoufflements lorsque vous marchez ou montez des escaliers? O N
- Vos chevilles enflent-elles durant la journée? O N
- Utilisez-vous plus de deux oreillers pour dormir? O N
- Avez-vous gagné ou perdu plus 4kg (10Lbs) dans la dernière année? O N
- Vous réveillez-vous la nuit à bout de souffle? O N
- Êtes-vous sur une diète? O N
- Avez-vous déjà eu un cancer ou une tumeur? O N
- Avez-vous une condition (maladie) non mentionnée ci-haut? O N
- Si oui, inscrivez-les ici _____
- Pour les femmes : Êtes-vous enceinte? O N
- Pratiquez-vous une méthode de contrôle des naissances? O N
- Anticipez-vous devenir enceinte? O N

Au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses précédentes sont vraies et correctes. Si ma condition médicales se modifie, j'en informerai mon chirurgien maxillofacial lors de mon prochain rendez-vous.

Date: _____

Signature: _____