



Ce questionnaire est confidentiel.

Seul votre dentiste peut le lire.

Il sera conservé dans votre dossier patient.

Toutes vos informations sont protégées par le secret médical.

## Informations générales



Votre prénom : .....

Votre nom : .....

Vous êtes né le : .....

Vous mesurez combien ? .....

Vous pesez combien ? .....

Votre adresse : .....

.....

Votre numéro de téléphone : .....

Votre travail : .....



Quelle est la date de votre dernière visite chez un dentiste ? .....

Quel est le nom de votre ancien dentiste ? .....

Quel est le nom de votre médecin ? .....



Est-ce que vous prenez des médicaments ?

Oui

Non

Si oui, quels médicaments ? .....

Pour quel problème de santé prenez-vous ces médicaments ? .....

.....



Pensez-vous être à jour de vos vaccins ?

Oui

Non

Je ne sais pas



Facile à lire  
et à comprendre

## Soins dentaires



Avez-vous peur du dentiste ?

- Oui
- Non



Avez déjà eu une anesthésie locale pour des soins dentaires ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous eu des problèmes lors de l'anesthésie ?

- Oui
- Non



Avez-vous déjà eu des complications suite à des soins dentaires ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles complications ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases pour cette question.

- Une allergie
- Un malaise ou une perte de connaissance
- Une hémorragie
- Une autre complication

## Questions pour les femmes seulement



Êtes-vous enceinte ?

- Oui
- Non

Si oui, vous êtes enceinte de combien de semaines ou de mois ?.....

.....



Allaitiez-vous ?

- Oui
- Non



Facile à lire  
et à comprendre

## Problèmes de santé



Avez-vous aujourd'hui, ou avez-vous eu dans le passé, une maladie ?  
Vous pouvez cocher plusieurs cases pour cette question.

- Du cœur
- Du sang
- Respiratoire
- Des reins
- Une allergie
- Endocrinienne (diabète, problèmes de thyroïde)
- Digestive (estomac, foie, intestins)
- Infectieuse (hépatite, VIH, herpès, zona...)
- Un cancer
- Des os ou des articulations
- Des oreilles, du nez ou de la gorge (sinusite, otite...)
- Rare ou auto-immune
- Neurologique (AVC, épilepsie...)
- Tétanie/Spasmophilie
- Dépression ou crise d'angoisse
- Une autre maladie .....

Aujourd'hui, ou dans le passé, avez-vous été victime de violences ?

- Oui
- Non



Facile à lire  
et à comprendre

## Consommation



Fumez-vous des cigarettes ou des cigares ?

Oui

Non



Buvez-vous de l'alcool ?

Oui

Non



Fumez-vous du cannabis ?

Oui

Non

Consommez-vous d'autres substances (médicaments ou drogues) ?

Oui

Non

Date d'aujourd'hui : .....

Signature :