



Bienvenue à mon cabinet d'orthodontie,

Nous aurons le plaisir de se rencontrer sous peu pour une consultation orthodontique. Lors de cette visite, j'aurai l'opportunité de vous donner l'information dont vous avez besoin pour prendre une décision éclairée au sujet de votre traitement.

Tout d'abord, il est nécessaire de remplir un questionnaire de santé pour vérifier s'il n'y a pas de particularité pouvant influencer le déroulement de votre traitement. Vous trouverez ci-joint une copie de formulaire médical général des dentistes du Québec. Vous aurez l'occasion de le compléter à votre rythme à la maison, optimisant ainsi le temps de consultation.

Je prendrai ensuite le temps de faire un examen complet afin d'évaluer vos besoins et de déterminer l'option thérapeutique la plus appropriée. Nous discuterons de toutes les facettes d'un traitement orthodontique : du plan de traitement, des différents types d'appareils disponibles, de la durée du traitement, du coût et des modalités de paiements.

Vous pourrez visiter l'ensemble de la clinique, à savoir les salles de traitement, le centre de stérilisation des instruments, le laboratoire de radiologie numérique etc. Vous aurez ensuite la possibilité de me poser toutes les questions au sujet de l'orthodontie.

Je vous remettrai un formulaire d'assurance pour les frais de consultation ainsi qu'une soumission pour le traitement recommandé afin de déterminer le montant couvert par votre compagnie d'assurance. Également, je communiquerai avec votre dentiste de famille afin de l'informer de la visite de consultation.

Au plaisir de se rencontrer bientôt,

Dr Frédéric Gratton, orthodontiste

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : M F Nom _____ Prénom _____
 Adresse : no _____ rue _____ app _____ ville _____ Code postal _____
 Tél. domicile _____ Tél. travail _____ Courriel _____
 Date de naissance _____ Tuteur _____ Référé par _____
 Raison de la visite _____
 Nom du dentiste actuel _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du médecin de famille _____
 Poids _____ Taille _____
 Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ? _____ Si oui, la raison _____
 Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez pris au cours des 6 derniers mois ? _____ Si oui, lesquels _____
 Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? _____ Êtes-vous enceinte ? _____

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :

Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Troubles digestifs.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Fièvre rhumatismale.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Problèmes du foie (hépatite : A,B,C, Cirrhose, etc)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Problèmes sanguins	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Troubles du rein	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Tension artérielle (pression) : Haute Basse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Diabète	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Rhumes fréquents ou sinusites.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maladies transmises sexuellement (MTS).....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Tuberculose ou problèmes pulmonaire	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Troubles thyroïdiens.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladies de la peau	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maux de tête fréquents.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Arthrite.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Étourdissements, évanouissements	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Ostéoporose	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Maux d'oreilles.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Épilepsie	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Rhume des foins.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Troubles nerveux	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Asthme.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maladies psychiatriques.....	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Êtes-vous séropositif ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Avez-vous déjà suivi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur) ?

Fumez-vous ?

Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez ?.....

Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants : aspirine, codéine, iode, latex, pénicilline, aliments, autres.....

Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?.....

Si oui lesquelles et quand _____

Autres _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernière visite : 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois Traitements reçus : _____

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser 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 (des) dentiste(s) traitants.

Signature du patient responsable :

Signature de l'orthodontiste :

x

Date :

Date :