



clinique **dentaire** du
versant

Dre **Caroline Côté**
chirurgienne dentiste

720, Montée Paiement, suite 100
Gatineau (Québec), J8R 4A3
f. 819.669.8181

t. 819.669.4666

Dossier

Information confidentielle

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
 No Rue App. Ville Code Postal

Tél. (Rés): _____ Tél. (Trav): _____ ext. _____ Cell: _____

Adresse courriel : _____ **Veillez cocher le moyen avec lequel vous voulez être contacté.**

Date de naissance : __/__/__ #Assurance maladie : _____ Exp : _____

Ass. Soc. : _____ #Permis de conduire : _____

Employeur : _____ Occupation : _____

Nom du (de la) conjoint(e) : _____ Nom(s) parent(s)/tuteur : _____

Comment avez-vous entendu parler de notre clinique ? /Référé par : _____

Assurance dentaire primaire : _____

Titulaire de l'assurance : _____ Date de naissance : __/__/__

Employeur : _____

Régime/Groupe : _____ # ID/Certificat : _____ # Ass. Soc. : _____

Assurance dentaire secondaire : _____

Titulaire de l'assurance : _____ Date de naissance : __/__/__

Employeur : _____

Régime/Groupe : _____ # ID/Certificat : _____ # Ass. Soc. : _____

Responsable des paiements : Moi-même Conjoint(e) Parent : _____

Politique concernant les assurances dentaires : Les assurances dentaires sont une aide financière dont vous bénéficiez. Vous êtes responsable des frais de traitement en entier. Il est de votre responsabilité de connaître les politiques de votre assurance. Il nous fera par contre plaisir de vous guider dans cet apprentissage. Nous vous offrons le service de réclamation par voie électronique pour la plupart des assurances afin que vos réclamations soient traitées le plus rapidement possible.

Politique concernant les rendez-vous : Votre temps est précieux et le nôtre aussi. Lors de la prise de votre rendez-vous nous comptons sur vous pour le respecter. S'il vous est impossible de respecter votre engagement nous vous demandons de nous prévenir 48hrs à l'avance, sans quoi des frais administratifs de 25\$ pourraient vous être facturés.

Signature : _____

Date : _____

Verso



clinique **dentaire** du
versant

Dre **Caroline Côté**
chirurgienne dentiste

720, Montée Paiement, suite 100
Gatineau (Québec), J8R 4A3
f. 819.669.8181

t. 819.669.4666

Autorisation reliée à l'assurance dentaire

Autorisation à la transmission électronique des demandes de prestation d'assurance.

Par la présente, j'autorise l'échange informatisé de données pour la transmission, à l'administrateur de mon régime ou à ses mandataires, de tous les renseignements contenus dans mes demandes de prestations d'assurance soins dentaires. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le soussigné la révoque.

Signature du patient ou du parent/tuteur _____ Date _____

Autorisation pour délégation de paiement.

Par la présente, je délègue au **Dre. Caroline Côté** les prestations payables au titre de mes demandes et j'autorise mon assureur à lui envoyer le paiement directement. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le soussigné la révoque.

Signature du patient ou du parent/tuteur _____ Date _____



clinique dentaire du
versant

Dre Caroline Côté
720, Montée Paielement, suite 100
Batiureau (Québec), J8R 4A3
t. 819.669.8181
t. 819.669.4666

Précautions opératoires/notes professionnelles



QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Dossier # : _____

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seul le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi droit d'accès et de rectification.

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complications médicales. Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.

Antécédents médicaux

- | | Oui | Non | Raison, détails et date |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanches, genou...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Êtes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. Allaitiez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spécifiez _____ |
| 9. Prenez-vous des anovulants <input type="checkbox"/> ou hormones <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. Prenez-vous des médicaments présentement ou en avez-vous pris au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Veillez nous fournir votre liste de médicaments imprimée par votre pharmacien ou spécifiez ici-bas (incluant anovulants et hormones)

Médicament et raison	Médicament et raison

Condition actuelles ou passées

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignement prolongé) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maladie de peau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conditions cardiaques | | | Problèmes oculaires (yeux)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarctus, angine, chirurgie, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection du cœur (endocardite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ostéoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prévention/traitement (médication) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Étourdissement, évanouissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Injection annuelle ou mensuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Douleur chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleur à l'articulation de la mâchoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes de foie (hépatite A, B, C, cirrhose, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles ou maladie du système nerveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trouble ou maladies du système digestif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles ou maladie psychiatriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Précisez _____ | | | Rhumes fréquents ou sinusite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculose ou problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trouble du rein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies saisonnières/rhume des foins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles thyroïdiens hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> hypothyroïdie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergie ou manifestation à ces produits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer (tumeur) Précisez _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> | Codéine | <input type="checkbox"/> |
| Radiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aliments <input type="checkbox"/> | Sulfamides | <input type="checkbox"/> |
| Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iode <input type="checkbox"/> | Pénicilline | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous de sécheresse buccale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirine <input type="checkbox"/> | Anesthésiques | <input type="checkbox"/> |
| Infection transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : _____ | | |
| Précisez _____ | | | Autres conditions médicales : _____ | | |

Autres questions

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Ronflez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consommez-vous de l'alcool ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous d'apnée du sommeil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fréquence : ____verres <input type="checkbox"/> /jour <input type="checkbox"/> /sem. <input type="checkbox"/> /mois | | |
| Fumez-vous ? ____cig. /jour ou ex-fumeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consommez-vous des drogues ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



clinique dentaire du
versant

Dre Caroline Côté
720, Montée Païement, suite 100
Bathurst (Québec), J8R 4A3
t. 819.669.8181
t. 819.669.4666

Précautions opératoires/notes professionnelles



QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Dossier # : _____

Antécédents dentaires

Dernière visite 0-6mois 6-12 mois +de 12 mois Traitement reçus : _____
Avez-vous déjà eu des traitements tels que

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Démonstration d'hygiène buccale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Prothèse complète ou partielle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traitement des gencives (curetage)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Chirurgie buccale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Traitement d'orthodontie (broches) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Extraction dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Traitement de canal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Implant dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Obturation (plombage)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Radiographies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Couronne et/ou pont ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Autres : _____ | | |

Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille : _____ / _____ / _____
Nom Fonction Établissement/téléphone

Médecin spécialiste : _____ / _____ / _____
Nom Fonction Établissement/téléphone

Pharmacien : _____ / _____ / _____
Nom Fonction Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable _____ Date jj/mm/aaaa

Identification

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient ou responsable _____ Date jj/mm/aaaa

- Patient lui-même
Parent/tuteur
Responsable

M. Mme _____
Nom en lettres moulées

Mise à jour questionnaire médicodentaire

Date _____ Changement _____ initial prof / initial patient

Date _____ Changement _____ initial prof / initial patient

Date _____ Changement _____ initial prof / initial patient

Date _____ Changement _____ initial prof / initial patient

Réservé au dentiste

Je reconnais avoir pris connaissance des réponses au questionnaire d'inscription et avoir pris les mesures d'usage, le cas échéant.

Signature dentiste traitant _____ Date jj/mm/aaaa