|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**QUESTIONNAIRE MÉDICO-DENTAIRE : Clinique ACCÈS 2025**

**À compléter seulement pour les jeunes de 14 ans et moins**

 **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Avez-vous déjà été traité dans cette clinique auparavant ? **OUI :** \_\_\_\_  **NON :** \_\_\_\_

2. Avez-vous un handicap ou besoin particulier ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Êtes-vous sous les soins d’un médecin présentement ? **OUI :** \_\_\_\_ **NON :** \_\_\_\_

 **Si oui**: Nom et adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Prenez-vous des médicaments ? **OUI :** \_\_\_\_  **NON :** \_\_\_\_

 **Si oui**, lesquelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Quel est votre problème dentaire actuel ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà eu de mauvaises expériences chez le dentiste ou le médecin? **OUI :** \_\_\_\_  **NON :** \_\_\_\_

 **Si oui, précisez :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Avez-vous déjà souffert d’**allergies** incluant médicaments et anesthésiques ? **OUI :** \_\_\_ **NON :** \_\_\_

 **Si oui, lesquelles :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de **(cochez la case appropriée)**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Anémie | ☐ Problèmes de peau | ☐ Troubles d’estomac |
| ☐ Arthrite/arthrose | ☐ Troubles rénaux | ☐ Troubles de la thyroïde |
| ☐ Cancer | ☐ Troubles cardiaques |
| ☐ Diabète | ☐ Troubles du foie/hépatite |
| ☐ Étourdissements | ☐ Troubles pulmonaires/tuberculose |
| ☐ Épilepsie | ☐ Troubles d’anxiété/dépression/santé mentale |
| ☐ Fièvre rhumatismale | ☐ Troubles d’attention |
| ☐ Haute/Basse Pression | ☐ Maladies transmises sexuellement/VIH |

Autres maladies : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Est-ce que vous êtes enceinte ? **OUI :** \_\_\_\_ **NON :** \_\_\_\_

**AUTORISATION DES TRAITEMENTS**

Je consens à ce que soient accomplis les traitements dentaires qui seront nécessaires ou souhaitables, incluant des anesthésiques locaux et des radiographies.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du patient ou du gardien légal Date