

## Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

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 \_\_\_\_\_

## Consentement et identification

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

Signature du patient ou responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

M.  Mme

Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_

Patient lui-même   
Parent/tuteur (si moins de 14 ans)   
Mandataire/responsable   
Autre

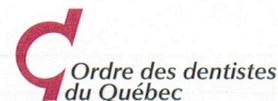
**J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.**

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC



Ordre des dentistes  
du Québec

## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

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 seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Sexe F  M

Date de naissance AA/MM/JJ \_\_\_\_\_

Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration AA/MM \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_

Tél. travail \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence, appeler :**

Nom \_\_\_\_\_

Lien avec patient \_\_\_\_\_

Tél. principal \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

### Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui \_\_\_\_\_

Craignez-vous les traitements dentaires ?

Pas du tout  Un peu  Beaucoup

Précisez \_\_\_\_\_

Dernière visite 0 - 6 mois  6 - 12 mois  + de 12 mois

Traitement(s) reçu(s) \_\_\_\_\_ **Oui Non**

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ?

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). 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.