

4400 Rue de Salaberry, Montréal, Québec, H4J-1H4

Courriel : reception@cdpds.ca Téléphone : (514) 331-8300 Télécopieur : (514) 331-5977

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 un droit d'accès et de rectification.

Pour mieux connaître votre enfant

Nom de l'enfant _____ Prénom de l'enfant _____ Sexe _____ Né(e) le _____ Poids (kg) _____ Taille (cm) _____

No civique _____ Rue _____ App. _____ Ville _____ Code postal _____

No de la carte d'assurance maladie _____ Date d'expiration _____ Nom de la compagnie d'assurance (s'il y a lieu) _____

École _____ Année _____ Langue parlée de l'enfant _____ Nombre d'enfants dans la famille _____

Nom et prénom du père _____ Profession _____ Tél. au travail _____ Poste _____ Tél. résidence _____ Cellulaire _____

Nom et prénom de la mère _____ Profession _____ Tél. au travail _____ Poste _____ Tél. résidence _____ Cellulaire _____

État civil des parents : Mariés ou conjoints de fait Divorcée Célibataires Autre _____

Santé de l'enfant

Nom du médecin _____ Téléphone _____ Poste _____ Date du dernier examen médical _____

No civique _____ Rue _____ Bureau _____ Ville _____ Code postal _____

Est-il (elle) suivi(e) présentement par son médecin ? Non Oui
Si oui, la raison ? _____

Est-il (elle) allergique : Non Oui
Pénicilline Aspirine
Anesthésie locale Iode
Pollen ou poussière Autre

Prend-il (elle) des médicaments ? Si oui, lequel ou lesquels ? _____

A-t-il (elle) déjà été hospitalisé(e) ? Si oui, la raison ? _____

Si autre, lequel ou lesquels ? _____

Vous a-t-on signalé la présence d'un de ces problèmes : Non Oui

Autisme.....

Hyperthermie maligne.....

Troubles cardiaques.....

Fièvre rhumatismale.....

Examens sanguins anormaux.....

Saignement prolongé.....

Anémie.....

Sinusite.....

Asthme et/ou problème pulmonaire.....

Troubles digestifs.....

Troubles thyroïdiens.....

Diabète.....

Problèmes de foie (hépatite, cirrhose, etc.).....

Troubles rénaux.....

Problèmes hormonaux et glandulaires.....

Problèmes oculaires (yeux).....

Handicap physique.....

Hyperactivité ou déficit d'attention.....

Troubles d'apprentissage.....

Déficiência intellectuelle.....

Paralysie cérébrale ou autre.....

Immunodéficiência acquise ou autre.....

Tumeur.....

Autres _____

Histoire dentaire

Première visite chez le dentiste : _____ Non Oui

Son dernier dentiste s'appelait : _____

Date du dernier rendez-vous : _____

Traitement reçu à ce moment : _____

Référé(e) par : _____

Raison consultation : _____

Blessures (bouche, tête, cou) Non Oui

Trauma dentaire

Extraction dentaire

Mauvaise expérience chez un dentiste

Respire par la bouche

Problème de parole

Suce son pouce

Brosse ses dents tous les jours avec ou sans aide

Prends du fluor

Enfant en bas âge : Allaité(e)

Biberon de lait

Biberon de jus

Verre à bec

Suce

Je déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médico-dentaire ci-haut au meilleur de ma connaissance. Veuillez nous aviser 24 heures à l'avance s'il vous est impossible de vous présenter à votre rendez-vous. À défaut de quoi, nous nous verrons dans l'obligation de vous réclamer des frais (10 \$/10 minutes)

Nom du ou de la mandataire / responsable _____

Lien de parenté Père Mère Autre _____

Signature du mandataire / responsable de l'enfant _____

Courriel _____

Date _____ Téléphone _____ Poste _____