

Questionnaire médical et dentaire

Renseignements et coordonnées

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____ Ville: _____
 Prov: _____ Code Postal: _____ Date de naissance: _____
 Téléphone maison: _____ Cellulaire: _____
 Courriel: _____ Peut-on vous contacter par courriel? Oui Non
 Comment avez-vous entendu parler de notre clinique? _____

Antécédents médicaux

Pour nous assurer que l'on vous puisse vous procurer le meilleur traitement possible, veuillez s'il vous plait, remplir le questionnaire ci-dessous.

Nom de votre médecin traitant: _____ Date de votre dernier examen médical: _____

S'il vous plait, cochez la chose de toute condition que vous avez maintenant ou avez eu dans le passé. Spécifier la date à côté.
 Si vous ne trouvez pas une de vos conditions, il y a de la place sur la page suivante pour spécifier.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pression artérielle élevée | <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Anémie Drépanocytose | <input type="checkbox"/> Problèmes de thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Crise cardiaque | <input type="checkbox"/> Problème de coagulation | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque | | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Battements cardiaques irréguliers | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Problèmes rénaux |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | |
| <input type="checkbox"/> Valve cardiaque endommagée | <input type="checkbox"/> Emphysème/ Bronchite | <input type="checkbox"/> Cicatrisation retardée/ difficile |
| <input type="checkbox"/> taux de cholestérol élevé | <input type="checkbox"/> Difficulté à la respiration | <input type="checkbox"/> prise de stéroïdes actuelle ou passée |
| <input type="checkbox"/> Infection cardiaque | | |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Sida/ HIV positif | <input type="checkbox"/> Infection sexuellement transmissible |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Reflux gastrique | <input type="checkbox"/> Epilepsie/crises épileptiques |
| <input type="checkbox"/> Articulation artificielle | <input type="checkbox"/> Syndrome du colon irritable | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Migraines |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Sjogren | <input type="checkbox"/> Jaunisse | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Urticaire/ Problèmes de peaux |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Bipolarité | <input type="checkbox"/> Désordre de l'alimentation |
| | <input type="checkbox"/> Dépression | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de vision | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> fumeur de tabac |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'ouïe. | | <input type="checkbox"/> utilisation de marijuana |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'apprentissage | <input type="checkbox"/> Désordre du sommeil | <input type="checkbox"/> consommation d'alcool |
| <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Démence | <input type="checkbox"/> Dépendance chimique |

Veillez, s'il vous plait, préciser toute condition, maladie ou problème non présente dans la liste précédente

Veillez, s'il vous plait, lister toutes les chirurgies que vous avez eu et le nombre de fois que vous avez été hospitalisé

Veillez faire une liste de toute médicaments prescrits ou non que vous prenez en ce moment et pourquoi

Allergies		(précisez si possible)
<input type="checkbox"/> Anesthésiques locaux (ex: lidocaïne...)	<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Aspirine/Ibuprofen
<input type="checkbox"/> Acétaminophène/paracétamol (ex: Tylenol.	<input type="checkbox"/> Codéine	<input type="checkbox"/> Métaux
<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Narcotiques	<input type="checkbox"/> pénicilline
<input type="checkbox"/> Sulfamides	<input type="checkbox"/> Autres allergies: _____	

Historique des soins dentaires

Quand avez-vous eu votre dernier examen dentaire? _____

Quand avez-vous eu votre dernier détartrage dentaire? _____

Est-ce que vous vous brossez les dents? OUI Non À quelle fréquence? _____

Est-ce que vous utilisez du fil dentaire? OUI Non À quelle fréquence? _____

Est-ce que vos gencives saignent? OUI Non Quand? _____

Est-ce que vos gencives sont gonflées et douloureuses? OUI Non

est-ce que vous avez mauvaise haleine ou un mauvais goût en bouche? OUI Non

Est-ce que vous grincez ou serrez vos dents? OUI Non

Est-ce que votre mâchoire craque, clique ou saute quand vous ouvrez la bouche? OUI Non

Est-ce que de la nourriture se coince entre vos dents? OUI Non

Avez-vous déjà reçu une anesthésie locale (piqûre pour endormir la dent)? OUI Non

Avez- vous eu des complications suite de cette anesthésie locale? OUI Non

Est-ce que vous fumez? OUI Non Depuis combien de temps? _____

Consentement au traitement

Je, le(la) soussigné(e), comprends que les informations contenues dans le questionnaire médical et dentaire sont importantes pour mon traitement.

Je certifie que toutes les informations données sont correctes et que je n'en ai pas omis volontairement.

J'autorise ce cabinet dentaire à faire les examens nécessaires au diagnostique afin de déterminer le meilleur traitement.

Signature du patient: _____ Date: _____

Signature du dentiste: _____ Date: _____

Protection de vos informations personnelles

La protection de vos informations personnelles est une part très importante pour notre clinique.

Nous comprenons l'importance de protéger vos informations personnelles et nous nous engageons à utiliser vos informations de façon responsable. Nous essayons également d'être le plus ouvert et transparent sur la façon dont nous traitons vos données personnelles.

Dans cette clinique, Dr. Sharaf est l'officier responsable de la confidentialité.

Tous les membres du personnel, qui sont en contact avec vos informations personnelles, sont conscients de la nature sensible de ses informations et ont été formés à l'utilisation et la protection de vos informations.

Notre clinique prend tous les mesures possibles pour s'assurer que:

- Seulement les informations nécessaires sont collectées.
- Nous ne partageons vos informations que si vous consentez.
- La rétention, le stockage et la destruction de vos informations personnelles suivent la législation existante et les protocoles de protection de la vie privée.

Nos protocoles de confidentialité suivent la législation en vigueur, les standards de notre corps régulateur, le collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario et la loi.

En signant la portion du consentement ci-dessus, vous acceptez de nous donner votre consentement sur la collecte, l'utilisation et/ou divulgation de vos informations personnelles comme précisé. Si une nouvelle utilisation est nécessaire, nous vous en informerons à l'avance pour avoir votre accord.

Les autorités régulatrices (collège de dentistes de l'Ontario) peuvent avoir accès à vos informations sous les termes de l'acte RHPA (Regulated Health Professionals Act) dans le but de mener son mandat et de défendre une issue légale. Notre clinique ne donnera en aucun cas des renseignements personnels à votre assureur sur votre histoire médicale confidentielle. Si le cas se présente et que votre assurance nous contacte, nous vous ferons parvenir l'information directement pour votre information et votre prise de consentement.

Si des demandes habituelles sont reçues, nous vous contacterons pour vous demander votre permission de partager ses informations. Nous vous aviserons aussi si ce partage d'informations est raisonnable ou pas.

Vous pouvez retirer votre consentement pour l'utilisation et le partage de vos informations personnelles et nous vous expliquerons les détails associés avec cette décision et le processus.

J'ai lu les informations ci-dessus sur comment U dental utilisera mes informations personnelles et les étapes que la clinique prend pour sécuriser mes informations. Je consens à ce que U dental collecte, utilise et partage mes informations comme il est décrit dans la police de protection de la vie privée.

Nom du patient: _____ Signature du patient: _____ Date: _____

Notre politique sur les assurances et les payments

Bienvenue à U dental. Pour la première visite, nous demandons le règlement de la totalité des frais encourus le jour de la visite; et cela, quelque soit votre police d'assurance.

Si vous avez un régime d'assurance dentaire, nous soumettrons votre réclamation pour vous auprès de votre assurance et celle-ci vous remboursera directement.

Pour les prochaines visites, si tout est correct avec votre assurance, nous pouvons demander le remboursement directement à votre assurance pour les traitements mineurs ou majeurs. Vous serez responsable de payer le montant non remboursé par votre assurance le jour même du soin.

Nous acceptons les paiements par Visa, Mastercard, Débit ou en espèces.

Veillez noter que nous n'acceptons pas les chèques.

Le patient est responsable du règlement de la totalité du solde de son compte quelque soit la couverture de son assurance.

Il est de la responsabilité du patient de nous procurer les informations correctes de son contrat d'assurance (numéro de contrat, nom de l'assurance, numéro de police d'assurance). Il est aussi de la responsabilité du patient de connaître et de comprendre la couverture et les limitations de son régime d'assurance. Cela inclut entre autres: le pourcentage de couverture pour les soins mineurs et majeurs, le montant maximum de couverture par année; le début de l'année de couverture du plan (ex: si cela suit le calendrier ou si le plan est sur 12 mois rotatifs); les déductibles.

U dental n'est pas responsable du coût du traitement si celui-ci dépasse le maximum payable par l'assurance. C'est la responsabilité du patient de comptabiliser le montant payé par son (ses) assurances pour son année de bénéfices et de savoir combien il reste sur leur plan avant chaque rendez-vous. Le patient est responsable de payer tout traitement ou frais non couvert par son assurance.

Consentement

Je comprends et j'accepte la politique de paiement et d'assurance expliquée ci-dessus.

Je comprends que je suis responsable de payer le jour du soin pour la totalité des traitements

J'autorise la diffusion des informations nécessaires pour ma demande de remboursement de frais à ma compagnie d'assurance de façon électronique au travers du service CDAnet. Cette autorisation continuera jusqu'à l'annulation de celle-ci par le sous-signé.

Nom du patient:

Signature du patient:

Date:

Code de conduite de la clinique

Nous sommes heureux de vous servir poliment et de façon compétente. Nous nous attendons en retour à être traités de façon courtoise en retour. Il est de la responsabilité de chacun (patient et employé) de se conduire de façon polie et professionnelle. Le niveau de tolérance à l'impolitesse des patients envers les employés de notre clinique est bas et pourrait entraîner un renvoi de la clinique.