GRATTON
orthodontistes

Bienvenue à mon cabinet d'orthodontie,

Nous aurons le plaisir de se rencontrer sous peu pour une consultation orthodontique. Lors de cette visite, j'aurai l'opportunité de vous donner l'information dont vous avez besoin pour prendre une décision éclairée au sujet de votre traitement.

Tout d'abord, il est nécessaire de remplir un questionnaire de santé pour vérifier s'il n'y a pas de particularité pouvant influencer le déroulement de votre traitement. Vous trouverez ci-joint une copie de formulaire médical général des dentistes du Québec. Vous aurez l'occasion de le compléter à votre rythme à la maison, optimisant ainsi le temps de consultation.

Je prendrai ensuite le temps de faire un examen complet afin d'évaluer vos besoins et de déterminer l'option thérapeutique la plus appropriée. Nous discuterons de toutes les facettes d'un traitement orthodontique : du plan de traitement, des différents types d'appareils disponibles, de la durée du traitement, du coût et des modalités de paiements.

Vous pourrez visiter l'ensemble de la clinique, à savoir les salles de traitement, le centre de stérilisation des instruments, le laboratoire de radiologie numérique etc. Vous aurez ensuite la possibilité de me poser toutes les questions au sujet de l'orthodontie.

Je vous remettrai un formulaire d'assurance pour les frais de consultation ainsi qu'une soumission pour le traitement recommandé afin de déterminer le montant couvert par votre compagnie d'assurance. Également, je communiquerai avec votre dentiste de famille afin de l'informer de la visite de consultation.

Au plaisir de se rencontrer bientôt,

Dr Frédéric Gratton, orthodontiste

10 rue Notre-Dame suite 200 • Repentigny, Qc • J6A 2N9 • Téléphone : 450-585-8080
3030 boul Le Carrefour suite 502 • Laval,Qc • H7T 2P5 • Téléphone 450-934-8088 • Télécopieur : 450-585-6555

GRATTON
orthodontistes

CLINIQUE REPENTIGNY
10, rue Notre-Dame, suite 200
Repentigny, Qc | J6A 2N9 | **T : 450.585.8080**

QUESTIONNAIRE D'INSCRIPTION CONFIDENTIEL

Sexe : O M O F O X Nom _____ Prénom _____
Adresse : no _____ rue _____ app _____ ville _____ Code postal _____
Tél. domicile _____ Tél. travail _____ Courriel _____
Date de naissance _____ Tuteur _____ Référé par _____
Raison de la visite _____
Nom du dentiste actuel _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du médecin de famille _____
Poids _____ Taille _____
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin ?_____ Si oui, la raison _____
Prenez-vous présentement des médicaments ou en avez pris au cours des 6 derniers mois ?_____ Si oui, lesquels _____
Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ? _____ Êtes-vous enceinte ? _____

AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS DE :

Troubles cardiaques (infarctus, angine, souffle)	O Oui	O Non	Troubles digestifs	O Oui	O Non
Fièvre rhumatismale	O Oui	O Non	Problèmes du foie (hépatite : A,B,C, Cirrhose, etc)	O Oui	O Non
Problèmes sanguins	O Oui	O Non	Troubles du rein	O Oui	O Non
Tension artérielle (pression) : Haute Basse	O Oui	O Non	Diabète	O Oui	O Non
Rhumes fréquents ou sinusites	O Oui	O Non	Maladies transmises sexuellement (MTS)	O Oui	O Non
Tuberculose ou problèmes pulmonaire	O Oui	O Non	Troubles thyroïdiens	O Oui	O Non
Maladies de la peau	O Oui	O Non	Maux de tête fréquents	O Oui	O Non
Arthrite	O Oui	O Non	Étourdissements, évanouissements	O Oui	O Non
Ostéoporose	O Oui	O Non	Maux d'oreilles	O Oui	O Non
Épilepsie	O Oui	O Non	Rhume des foins	O Oui	O Non
Troubles nerveux	O Oui	O Non	Asthme	O Oui	O Non
Maladies psychiatriques	O Oui	O Non	Êtes-vous séropositif ?	O Oui	O Non

Avez-vous déjà suivi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur) ? ..... O Oui O Non
Fumez-vous ? ..... O Oui O Non
Ronflez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous ronflez ? ..... O Oui O Non
Avez-vous déjà eu une réaction allergique ou autre aux produits suivants : aspirine, codéine, iode, latex, pénicilline, aliments, autres. ..... O Oui O Non
Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ? ..... O Oui O Non
Si oui lesquelles et quand _____
Autres _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dernière visite : O 0-6 mois O 6-12 mois O + de 12 mois Traitements reçus : _____

Je, soussigné, déclare avoir lu, compris, m'être renseigné et avoir répondu au questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance. Je m'engage par la présente à vous aviser de tout changement de mon état de santé. J'autorise la constitution de mon dossier dentaire, son suivi, ainsi que mon inscription sur la liste de rappel du (des) dentiste(s) traitants.

Signature du patient responsable :

✕ _____

Date : _____

Signature de l'orthodontiste :

_____

Date : _____