

Enregistrement du patient

Nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville/Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone à la maison : _____ Cellulaire : _____

Bureau ou autres : _____ Courriel : _____

Qui pouvons-nous remercier de vous avoir référé à notre bureau : _____

() Site Web () Pages jaunes () Affiche

En cas d'urgence

Nom : _____ Relation : _____

Téléphone (jour) : _____ Autre contact : _____

Médecin de famille : _____ Coordonnées : _____

Autre médecin ou spécialiste : _____ Coordonnées : _____

L'information du dentiste précédent

Dentiste précédent : _____

Téléphone du dentiste précédent : _____

Combien de temps depuis votre dernière visite dentaire? : _____

Combien de temps depuis vos dernières radiographies dentaires? : _____

L'information assurance dentaire

Assurance privée : () OUI () NON

Nom de la compagnie : _____

Titulaire de police : _____ DN : _____

Relation au titulaire de la police : _____

Certificat ou numéro d'abonné : _____



Deuxième assurance privée :

Nom de la compagnie : _____

Titulaire de police : _____ DN : _____

Relation au titulaire de la police : _____

Certificat #/ numéro d'abonné : _____

Ces informations sont requises afin de vous offrir les meilleurs soins dentaires possible. Toute information fournie est confidentielle et protégée par la loi de confidentialité patient-médecin. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à demander au dentiste

- Êtes-vous présentement ou avez-vous été traité par un médecin au cours des cinq dernières années? Si oui, pourquoi? _____

- Quelle est la date de votre dernier examen médical complet (jj/mm/aaaa) :

- Y-a-t'il eu des changements au niveau de votre santé au cours de la dernière année?
Si oui, lesquels? _____
- Prenez-vous des médicaments prescrits, non prescrits ou des suppléments naturels?
Si oui, lesquels? _____

- Avez-vous des allergies? () OUI () NON () Incertain
 - i) Médicament : _____
 - ii) Produits de latex ou caoutchouc : _____
- Autres (p. ex. rhume des foins, aliments)

- Avez-vous déjà subi une réaction particulière ou allergie à des médicaments ou injections?
Si oui, expliquez : _____
- Souffrez-vous d'asthme présentement? () OUI () NON () Incertain
Si oui, quelle pompe? _____
- Souffrez-vous de problème cardiaque ou de trouble de pression artérielle présentement (ou dans le passé)? () OUI () NON () Incertain
- Souffrez-vous d'un soufflé au cœur, d'une régurgitation de la valve mitrale ou d'une fièvre rhumatismale présentement (ou dans le passé)? () OUI () NON () Incertain
- Avez-vous déjà contracté l'hépatite, la jaunisse ou souffert d'une maladie du foie
() OUI () NON () Incertain



Si oui, qu'elle hépatite? _____

- Avez-vous une prothèse ou articulation artificielle? () OUI () NON () Incertain

Si oui, lequel? _____

- i) Nécessitez-vous des antibiotiques en prophylaxie avant un traitement dentaire?
() OUI () NON () Incertain

- Avez-vous un problème sanguin? () OUI () NON () Incertain

Si oui, expliquez : _____

- Avez-vous déjà été hospitalisé? Si oui, pourquoi?

- Souffrez-vous d'une condition médicale affectant votre système immunitaire? (P. ex. leucémie, SIDA, infection au VIH, radiothérapie ou chimiothérapie) () OUI () NON () Incertain

Si oui, expliquez : _____

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'un des suivants? Veuillez cocher.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> Fibromyalgie | (P. ex. Fosamax, Actonel) |
| <input type="radio"/> Angine | <input type="radio"/> Blessure à la tête ou au cou | <input type="radio"/> Stimulateur cardiaque |
| <input type="radio"/> Anémie | <input type="radio"/> Attaque cardiaque | <input type="radio"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="radio"/> Arthrite | <input type="radio"/> Souffle au cœur | <input type="radio"/> Radiation ou chimiothérapie |
| <input type="radio"/> Transfusion sanguine | <input type="radio"/> Tension artérielle haute ou basse | <input type="radio"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Maladie de Hodgkin | <input type="radio"/> Infection transmise sexuellement |
| <input type="radio"/> Douleur à la poitrine | <input type="radio"/> Hypo ou hyperglycémie | <input type="radio"/> Essoufflement |
| <input type="radio"/> Les boutons de fièvre | <input type="radio"/> Maladie rénale | <input type="radio"/> Corticothérapie |
| <input type="radio"/> Diabète - Type 1 | <input type="radio"/> Maladie pulmonaire | <input type="radio"/> Ulcères de l'estomac |
| <input type="radio"/> Diabète - Type 2 | <input type="radio"/> Lupus | <input type="radio"/> Accident vasculaire cérébral |
| <input type="radio"/> Troubles digestifs ou reflux gastrique | <input type="radio"/> Migraines | <input type="radio"/> Muguet |
| <input type="radio"/> Dépendance à un narcotique/à l'alcool | <input type="radio"/> Prolapsus valvulaire mitral | |
| <input type="radio"/> Emphysème | <input type="radio"/> Ostéoporose | |
| <input type="radio"/> Épilepsie ou convulsions | | |



- Trouble de la thyroïde
 - Trouble ATM
 - Tuberculose
 - Dépression
 - Anxiété
 - Schizophrénie
- Souffrez-vous de maladies ou de problèmes médicaux non-énumérés ci-dessus?
() OUI () NON () Incertain

Si oui, lesquels? _____

- Avez-vous des membres de votre famille qui souffrent de maladies ou de problèmes médicaux non énumérés ci-dessus? (P. ex. diabète, cancer ou problèmes cardiaques)

() OUI () NON () Incertain

Si oui, expliquez : _____

- Fumez-vous ou mâchez-vous des produits de tabac? () OUI () NON () Incertain

Si oui, expliquez : _____

- Êtes-vous nerveux pendant des traitements dentaires? () OUI () NON () Incertain

Pour les femmes seulement :

- Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous? () OUI () NON

i. Si vous êtes enceinte, quelle est votre date d'accouchement? : _____

Votre évaluation du sourire

Veillez prendre un moment pour regarder à vos dents et gencives et répondre aux questions suivantes. Vos réponses sont personnelles et resteront confidentielles.

Je suis préoccupé par l'apparence de mes dents ou de mon sourire OUI NON

Je suis préoccupé par la blancheur ou le manque de blancheur d'une ou de plusieurs de mes dents OUI NON

Je suis préoccupé par la position ou l'angle d'une ou de plusieurs de mes dents OUI NON

Lors d'événements sociaux, je suis parfois embarrassé par mes dents ou mon sourire OUI NON

Il y a des choses à propos de mes dents du haut que je voudrais changer OUI NON

Il y a des choses à propos de mes dents du bas que je voudrais changer OUI NON

J'ai d'anciens remplissages ou traitements dentaires dont je ne suis plus satisfait OUI NON



Aux meilleures de mes connaissances, l'information ci-dessus est exacte.

Signature du patient, parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature du dentiste : _____ Date : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET
LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Notre cabinet considère la protection de vos renseignements personnels comme un aspect important de la prestation de soins dentaires de qualité. Nous reconnaissons l'importance de protéger vos renseignements personnels et nous nous engageons à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels de façon responsable. Nous voulons également être aussi ouverts et transparents que possible dans la manière dont nous traitons ces renseignements. Il nous importe d'offrir un tel service à nos patients.

Dans notre cabinet, la D^{re}. Sunita Bhatia et D^{re}. Maryse Cadieux agit à titre d'agente de renseignements personnels.

Tous les membres de notre cabinet qui prennent connaissance des renseignements que vous nous avez divulgués sont conscients de la nature délicate de ceux-ci; ils ont également reçu une formation sur la manière d'utiliser et de protéger adéquatement ces renseignements.

Le présent formulaire de consentement énonce les mesures prises par notre cabinet pour garantir que :

- seuls les renseignements nécessaires vous concernant sont recueillis;
- nous ne partageons vos renseignements qu'avec votre consentement;
- le stockage, la conservation et la destruction de vos renseignements personnels sont conformes à la loi en vigueur et aux protocoles de protection de la vie privée;
- nos protocoles en matière de vie privée sont conformes aux législations relatives à la protection de la vie privée, aux normes de notre organisme de réglementation – l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario et à la loi.

N'hésitez pas à nous faire part, à moi ou à tout autre membre du personnel, de vos commentaires sur nos politiques.

Soyez assuré que chaque membre du personnel de notre cabinet veille à ce que vous receviez des soins dentaires de la meilleure qualité possible.

Comment notre cabinet recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels de ses patients

Notre cabinet reconnaît l'importance de protéger vos renseignements personnels. Afin de vous aider à comprendre comment nous y parvenons, nous décrivons ci-dessous la façon dont nous les utilisons et les divulguons.

Notre cabinet recueillera, utilisera et divulguera des renseignements vous concernant aux fins suivantes :

- Vous prodiguer des soins surs et efficaces.
- Établir et assurer un service continu de qualité.
- Évaluer vos besoins en matière de santé.
- Assurer les soins de santé.
- Vous conseiller sur les options de traitement.
- Nous permettre de communiquer avec vous.
- Établir et maintenir la communication avec vous.
- Offrir et prodiguer des traitements, des soins et des services relativement aux traitements buccal et maxillo-facial complexes et aux soins dentaires en général.
- Communiquer avec d'autres fournisseurs traitants de soins de santé, y compris les dentistes spécialistes et les dentistes généralistes qui sont les dentistes traitants ou les autres dentistes concernés.
- Maintenir la communication avec vous dans le but de vous informer sur les soins de santé et de prendre et de confirmer vos rendez-vous.
- Nous permettre de faire un suivi efficace des traitements, des soins et de la facturation.
- Mener des activités d'enseignements et de démonstrations, tout en préservant l'anonymat.
- Remplir et soumettre des demandes de remboursement de frais dentaires pour règlements et paiement par un tiers.



- Nous conformer aux exigences légales et réglementaires comprises et celles relatives à la remise, sur demande et dans les délais prescrits, de nos fiches et dossiers à l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, selon les dispositions de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*.
- Respecter les ententes conclues de son plein gré par le membre avec l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, y compris celles relatives à la remise à l'Ordre ou à l'étude par l'Ordre des fiches et des dossiers des patients, dans les délais prescrits, pour des raisons de réglementation et de contrôle.
- Permettre à d'éventuels acheteurs, courtiers et conseillers d'évaluer la pratique dentaire.
- Permettre à d'éventuels acheteurs, courtiers et conseillers de mener une vérification préalable à la vente d'une pratique.
- Remettre vos fiches et dossiers à la compagnie d'assurance du dentiste afin de lui permettre d'évaluer la responsabilité et les dommages-intérêts, s'il y a lieu.
- Préparer les documents pour la Commission d'appel et de révision des professions de la santé.
- Facturer les biens et les services.
- Traiter les paiements par carte de crédit.
- Percevoir les comptes non réglés.
- Aider le cabinet à se conformer à toutes les exigences réglementaires.
- Nous conformer à la loi en général.

En apposant votre signature à la section de consentement du présent formulaire, vous reconnaissez avoir donné un consentement éclairé quant à la collecte, à l'utilisation et/ou à la divulgation de vos renseignements personnels pour les raisons énumérées ci-dessus. Si un nouveau motif d'utilisation ou de divulgation de vos renseignements personnels survient, nous demanderons votre approbation préalable.

Les organismes de réglementation peuvent avoir accès à vos renseignements en vertu de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* afin que soit réalisé le mandat de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario prévu par ladite loi, et pour opposer une défense à une question juridique.



Notre cabinet ne fournira, sous aucun prétexte, votre dossier médical confidentiel à votre compagnie d'assurance. Dans l'éventualité d'une telle demande, nous vous transmettrons directement les renseignements afin que vous les examiniez et décidiez de les lui transmettre vous-même.

Si des demandes de renseignements inhabituelles sont reçues, nous demanderons votre permission avant de transmettre les renseignements demandés. Nous pourrions également vous aviser si une telle divulgation est inappropriée.

Vous pouvez retirer votre consentement à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels. Nous vous expliquerons les répercussions de cette décision, ainsi que le processus.

Consentement du patient

J'ai pris connaissance de l'information qui précède, qui décrit la façon dont votre cabinet utilisera mes renseignements personnels et les mesures prises par votre cabinet pour les protéger.

Je sais que votre cabinet possède un Code de protection des renseignements personnels et que je peux demander à le consulter en tout temps.

J'accepte que D^{re} Sunita Bhatia et D^{re}. Maryse Cadieux recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels concernant

_____, comme il a été énoncé ci-dessus dans les renseignements relatifs aux politiques de protection des renseignements personnels du cabinet.

Signature

Nom (en caractères d'imprimerie)

Date

Signature du témoin

Rendez-vous

Veillez vous assurer d'arriver à temps

D^{re} Bhatia et D^{re} Cadieux comprend que tous ses patients sont très occupés, que leur temps est précieux et que personne n'aime attendre.

C'est la raison pour laquelle D^{re} Bhatia et D^{re} Cadieux essaie autant que possible de respecter le temps de ses patients et d'être à l'heure à ses rendez-vous. Il se peut que vous ayez à attendre suite à des imprévues.

D^{re} Bhatia et D^{re} Cadieux vous demande donc d'être à l'heure pour votre rendez-vous. Si vous êtes en retard, tous les autres patients devront attendre.

Il est possible que D^{re} Bhatia et D^{re} Cadieux ne puisse pas vous voir cette journée-là si votre retard est considérable. La secrétaire vous donnera un rendez-vous à une date ultérieure.

Important!

Si vous ne pouvez pas vous rendre à votre rendez-vous, veuillez téléphoner 48 heures (jour ouvrable) à l'avance.

Politiques concernant les rendez-vous manqués non annulés

Si vous ne nous avertissez pas 48 heures (jour ouvrable) à l'avance pour annuler votre rendezvous, des frais de 35 \$ vous seront facturés.

(Patient ou tuteur)

(Date)