

6. Avez-vous des allergies	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez les énumérer _____		
7. Êtes-vous allergique à des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez les énumérer _____		
8. Avez-vous déjà eu une anesthésie locale dans votre bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, l'anesthésie locale vous a-t-elle causé des ennuis? _____		
9. Saignez-vous anormalement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous facilement des ecchymoses (des bleus)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous êtes-vous déjà évanoui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quand? _____		
12. Avez-vous du mal à respirer (êtes à bout de souffle)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous des douleurs thoraciques (à la poitrine)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vos chevilles enflent-elles parfois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous récemment eu un gain ou une perte de poids considérable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous déjà pris de la cortisone ou des stéroïdes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous des antécédents médicaux familiaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez les énumérer : _____		
18. Y a-t-il autre chose que votre dentiste devrait savoir au sujet de votre santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Au mieux de votre connaissance, êtes-vous en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour? _____		

FEMME

Êtes-vous enceinte?
 Si oui, à quel stade de votre grossesse êtes-vous? _____

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1. Au cours des trois dernières années, avez-vous eu un examen dentaire complet comprenant une série complète de radiographies dentaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Quelle était la date de votre dernier rendez-vous dentaire? _____ | | |
| 3. Qu'est-ce qui avait été fait? _____ | | |
| 4. Avez-vous eu des extractions? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, avez-vous subi du saignement prolongé par la suite? _____ | | |
| 5. Avez-vous déjà reçu les traitements dentaires suivants? (encercler) | | |
| Traitement de canal | Orthodontie | Prothèses dentaires partielles ou complètes |
| Traitement parodontal (des gencives) | Couronnes | Pont fixe |
| 6. Avez-vous mauvaise haleine ou un mauvais goût dans votre bouche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience au dentiste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est votre problème dentaire actuel? _____ | | |

ATTESTATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Je soussigné certifie que tous les renseignements médicaux et dentaires ci-dessus sont exacts à ma connaissance et que je n'ai omis aucune information pertinente. Je soussigné consens à ce que les interventions dentaires ou chirurgicales dont il a été convenu comme étant nécessaires ou conseillées soient effectuées, y compris l'administration d'anesthésie locale selon les indications et je consens à payer tous les frais associés à ces interventions.

Signature du patient (parent ou gardien) : _____ Date : _____

Veuillez lire le document au complet et le signer.

Collecte, utilisation et divulgation de renseignements personnels

La confidentialité de vos renseignements personnels est essentielle pour que nous puissions vous fournir des soins dentaires de qualité. Nous comprenons à quel point il est important de protéger votre information personnelle et nous sommes résolus à recueillir, utiliser et divulguer votre information de façon responsable. Tous les membres du personnel qui entrent en contact avec votre information personnelle sont au courant de la nature délicate de l'information que vous nous avez transmise. Ils ont tous été formés pour utiliser et protéger vos renseignements personnels de manière adéquate.

Nous énonçons, dans le présent formulaire de consentement, les mesures de notre cabinet pour veiller à ce que :

- seule l'information nécessaire soit recueillie à votre sujet
- nous ne partagerions votre information que si vous nous en donnez votre consentement
- l'entreposage, l'archivage et la destruction des renseignements personnels soient conformes aux lois existantes et aux protocoles de protection de la vie privée.
- nos protocoles de protection des renseignements personnels soient conformes à la législation relative à la protection de la vie privée, aux normes sur la confidentialité, à notre organisme de réglementation (l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario) et à la Loi.

N'hésitez pas à parler de nos politiques avec n'importe quel membre de notre personnel et sachez que nous nous engageons à vous offrir les meilleurs soins dentaires possible.

Notre méthode de collecte, d'utilisation et de divulgation des renseignements personnels

Notre cabinet comprend l'importance de protéger vos renseignements personnels. Afin de vous aider à comprendre comment nous le faisons, nous avons énoncé la façon dont notre cabinet utilise et divulgue vos renseignements.

- Fournir des soins sécuritaires et efficaces aux patients
- Fournir des services de grande qualité
- Fournir un accès aux soins de santé
- Vous aviser de vos options de traitements
- Nous permettre de communiquer avec vous
- Établir et maintenir le contact avec vous
- Offrir et fournir des soins et des services relatifs au complexe buccal et maxillofacial et aux soins dentaires
- Continuer de communiquer et de garder le contact avec vous afin de vous offrir des renseignements de soins de santé et vous donner des rendez-vous et les confirmer
- Faire un suivi efficace des soins effectués et de la facturation
- Offrir de l'enseignement et des démonstrations de manière anonyme
- Remplir et soumettre des formulaires de réclamations dentaires aux fins de règlement et de paiement par une tierce partie
- Satisfaire aux exigences légales et réglementaires, notamment la transmission des dossiers et des registres à l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario en temps opportun, le cas échéant, selon la disposition relative à la Loi sur les professions de la santé réglementées
- Permettre aux acheteurs, aux courtiers ou aux conseillers potentiels d'évaluer la pratique dentaire
- Permettre aux acheteurs, aux courtiers ou aux conseillers potentiels d'effectuer une vérification en guise de préparation pour la vente de la pratique
- Livrer vos dossiers et vos registres à l'assureur du dentiste pour que la société d'assurance évalue la responsabilité et les dommages-intérêts, le cas échéant

- Préparer les documents pour la Commission d'appel et de révision des professions de la santé (HPARB)
- Facturer pour les biens et services
- Traiter les crédits et les paiements
- Percevoir les comptes en souffrance
- Aider au cabinet à respecter toutes les exigences réglementaires
- Observer la Loi de façon générale

En signant cette section du présent formulaire de consentement, vous avez accepté de donner votre consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins qui y sont énumérées. Si une nouvelle raison surgit nécessitant l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels, nous demanderons votre autorisation à l'avance.

Vos renseignements personnels peuvent être consultés par les autorités de réglementation aux termes de la Loi sur les professions de la santé réglementées (RHPA) pour que le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario puisse remplir son mandat auprès du RPHA et pour défendre une question légale.

Notre cabinet, en aucun cas, n'offrira vos antécédents médicaux confidentiels à votre assureur. Dans l'éventualité d'une demande de ce genre, nous vous transmettrons directement l'information pour que vous puissiez la passer en revue et nous donner votre consentement précis. Si des demandes inhabituelles sont faites, nous communiquerons avec vous pour obtenir la permission de divulguer les renseignements. Nous vous aviserez aussi si une telle divulgation est inappropriée.

Vous pouvez retirer votre consentement et nous vous expliquerons les conséquences de cette décision, ainsi que le processus.

Consentement du patient

J'ai passé en revue l'information ci-dessus qui explique comment votre cabinet utilisera mes renseignements personnels et les mesures que vous prenez pour protéger mes renseignements. Je sais que votre cabinet est doté d'un code de protection de la vie privée et que je peux demander de voir ce code en tout temps.

Je consens à ce que Destination Dentaire recueille, utilise et divulgue l'information personnelle au sujet de _____ comme il est énoncé

Veuillez écrire en lettres moulées
dans l'information ci-dessus.

Signature

Date