Cabinet / cachet

Questionnaire médical et consentement aux soins dentaires

Informations client

Nom et prénom

Date de naissance

Téléphone

Date

DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT / CONSENTEMENT AUX SOINS DENTAIRES

Antécédents importants — à signaler avant les soins

- Bisphosphonates, dénosumab ou autres traitements antirésorptifs ou antiangiogéniques (risque d'ostéonécrose des mâchoires — signalement INDISPENSABLE)
- Stimulateur cardiaque, défibrillateur implanté, prothèse valvulaire ou antécédent d'endocardite infectieuse
- Hémophilie et autres troubles de la coagulation
- Grossesse (surtout premier et troisième trimestre — anesthésie et radiographies sur indication stricte)
- Allergie aux anesthésiques locaux (lidocaïne, articaïne)
- Herpès actif dans la bouche ou autour
- Anticoagulants ou antiagrégants (aspirine, warfarine, rivaroxaban, apixaban, clopidogrel)
- Infarctus ou accident vasculaire cérébral dans les six derniers mois
- Maladies auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Gougerot-Sjögren)
- Allergie au latex

QUESTIONNAIRE MÉDICAL — à compléter. Une information dissimulée peut mettre votre santé, et dans certains cas votre vie, en danger. Merci de nous signaler tout changement à chaque rendez-vous.

Maladies cardiaques (angine de poitrine, hypertension, valvulopathie, maladie coronarienne) ou infarctus ou AVC dans les six derniers mois ?	☐ Oui	☐ Non
Stimulateur cardiaque, défibrillateur implanté, prothèse valvulaire ou antécédent d'endocardite infectieuse ?	☐ Oui	☐ Non
Maladies du sang (anémie, hémophilie, troubles de la coagulation) ?	☐ Oui	☐ Non
Diabète, maladie thyroïdienne ou asthme ?	☐ Oui	☐ Non
Maladies infectieuses (hépatite B ou C, VIH, tuberculose) ?	☐ Oui	☐ Non
Êtes-vous enceinte ?	☐ Oui	☐ Non

Si OUI — à quelle semaine d'aménorrhée ?

Allergies aux médicaments, au latex ou aux métaux (indiquez lesquelles ou saisissez AUCUNE)

Anticoagulants ou antiagrégants (aspirine, warfarine, rivaroxaban, apixaban, clopidogrel) ? ☐ Oui ☐ Non

☐ OSTÉOPOROSE / bisphosphonates ou dénosumab (actuellement ou par le passé) — ne pas le signaler expose à une ostéonécrose des mâchoires

Avez-vous déjà réagi à une anesthésie locale ? ☐ Oui ☐ Non

Tous les médicaments pris régulièrement (y compris inhalateurs, contraception et compléments)

CONSENTEMENT AUX SOINS — Je consens à l'examen de ma cavité buccale, à l'anesthésie locale, aux radiographies justifiées sur le plan clinique et au plan de traitement proposé. Le praticien m'a présenté, dans un entretien individuel, les différentes investigations et soins proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et les alternatives possibles, y compris l'abstention, et j'ai pu poser mes questions (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 7). J'ai reçu avant le début des soins un devis écrit précisant le montant des honoraires et la part non remboursée par l'assurance maladie. Je sais que mon consentement peut être retiré à tout moment (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 8). Toutes les informations médicales que j'ai fournies sont exactes et complètes.

☐ *Je consens aux radiographies jugées cliniquement justifiées par le praticien. J'ai été informé(e) de l'utilisation de rayonnements ionisants, du principe de justification préalable de chaque exposition et du fait que le bénéfice diagnostique attendu l'emporte sur un risque faible (arrêté royal du 20 juillet 2001 relatif à la radioprotection).*

☐ *Je consens de façon éclairée à l'acte dentaire et à l'anesthésie locale*

☐ *Je confirme avoir pris connaissance de l'information ci-dessus sur le traitement et la conservation de mes données de santé*

Vos coordonnées nous sont nécessaires pour assurer le suivi de vos soins. Nous vous contactons pour les rendez-vous, les rappels et les questions cliniques sur la base du contrat de soins et de notre intérêt légitime (articles 6.1.b et 6.1.f du RGPD) ; le dossier médical est traité au titre de l'article 9.2.h du RGPD.

☐ *J'accepte de recevoir des informations sur la prévention, les actualités du cabinet et les offres — facultatif et révocable à tout moment*

DÉCLARATION RELATIVE AUX DONNÉES PERSONNELLES — Je confirme avoir pris connaissance de l'information indiquant que le responsable de traitement est _____, dont le siège est situé _____, n° d'entreprise (BCE) : _____. Mes données de santé sont traitées à des fins de diagnostic et de soins, sous la responsabilité d'un professionnel soumis au secret médical (article 9.2.h du RGPD) ; mon consentement n'est pas la base légale de ce traitement. Mon dossier est conservé trente ans à compter du dernier contact (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 9). Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement, ainsi que du droit de saisir l'Autorité de protection des données (APD/GBA).

Date

Signature du patient (questionnaire médical, consentement aux soins et données personnelles)

Conseils après extraction ou chirurgie buccale

> APRÈS VOTRE EXTRACTION OU VOTRE INTERVENTION — lisez et confirmez chaque point. Le non-respect de ces conseils peut entraîner des complications nécessitant un nouveau rendez-vous.

1. COMPRESSE: mordez fermement pendant 30 à 40 minutes sans cracher. Un léger suintement pendant quelques heures est normal. Si le saignement dure plus d'une heure, placez une compresse propre, mordez fermement et contactez le cabinet. En dehors des heures d'ouverture, appelez le 1733 (médecin de garde).

- [ ] J'ai compris comment utiliser la compresse et quand contacter le cabinet, le 1733 ou le 112

2. ALIMENTATION: ne rien manger ni boire pendant deux heures, le temps que l'anesthésie se dissipe — attention à ne pas vous mordre la lèvre, la joue ou la langue. Pendant 24 heures, alimentation froide et molle (yaourt, soupe) et pas de boissons chaudes.

- [ ] Je m'engage à ne pas manger pendant deux heures et à suivre une alimentation froide et molle pendant 24 heures

3. À ÉVITER ABSOLUMENT pendant 24 à 48 heures : tabac et cigarette électronique, boire à la paille, alcool, effort physique intense et bains de bouche. Chacun de ces gestes peut déloger le caillot et provoquer une alvéolite sèche, très douloureuse et nécessitant une nouvelle intervention.

- [ ] Je comprends et m'engage à éviter le tabac, la paille et l'effort intense pendant au moins 24 heures

4. HYGIÈNE: brossez-vous les dents normalement en évitant la zone opérée. Dès le lendemain, rincez délicatement après les repas avec de l'eau tiède salée (une demi-cuillère à café de sel dans un verre). Évitez les bains de bouche alcoolisés.

- [ ] J'ai compris comment me brosser les dents et rincer après l'intervention

5. MÉDICAMENTS: prenez les antalgiques et les antibiotiques exactement comme prescrits et terminez le traitement. Le paracétamol et l'ibuprofène conviennent généralement ; évitez l'aspirine, qui augmente le saignement. Si la douleur augmente après le troisième jour, ou en cas de fièvre, de gonflement ou de gêne à la déglutition, contactez immédiatement le cabinet ; en cas de difficulté à respirer ou à avaler, appelez le 112.

- [ ] Je prendrai les médicaments comme prescrits et contacterai le cabinet si la douleur augmente après le troisième jour

Date

Signature du patient (remise des conseils post-opératoires)