



N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

Questionnaire médical : affections bucco-dentaires

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :

1. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l' affirmative veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :
2. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l' affirmative veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :
3. _____

Ce diagnostic est-il confirmé ou provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale? Oui Non

Dans l' affirmative veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

Ne remplissez que les sections pertinentes.

Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.

Lésions? Oui Non **Précisez (en indiquant les dates)**

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus? Oui Non

Dans l' affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

Articulation temporomandibulaire (ATM), maxillaire et mandibule :

- Le client s'est-il plaint de douleurs ou de malaises? Oui Non
- Dans l' affirmative, veuillez indiquer la fréquence (s'il y a lieu). Occasionnels De fréquents à continus
- Le client a-t-il de la difficulté à mastiquer? Oui Non
- Un régime spécial pour une affection dans l'ATM est-il requis? Oui Non

Dans l' affirmative, veuillez préciser:

- doit éviter de façon permanente certains aliments comme les pommes, le maïs, etc.
- doit manger des aliments mous en permanence
- doit suivre en permanence un régime à base d'aliments en purée ou de liquides
- autre, veuillez préciser : _____

Commentaires :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

Douleurs articulaires au repos (qui s'appliquent uniquement aux affections liées à l'ATM) :

Le client présente-t-il des douleurs articulaires au repos dans l'ATM toutes les nuits? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :

Les douleurs articulaires au repos nuisent-elles au sommeil? Oui Non

Les douleurs articulaires au repos sont-elles soulagées par des moyens thérapeutiques (p. ex. médicaments, applications de chaud/froid, etc.)? Oui Non

Le client a-t-il participé à un programme de gestion de la douleur? Oui Non

Veuillez faire des commentaires sur la façon dont le client réagit au traitement :

VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX)

TRAITEMENT : Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie (p. ex. physiothérapie).

COMPLICATIONS :

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications? Yes No

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

EXAMEN PHYSIQUE : (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension)

Taille _____ Poids _____ Tension artérielle _____ Pouls _____ Respiration _____

ASPECT GÉNÉRAL :

L'affection ou les affections du maxillaire ou de la mandibule ont-elles causé un défigurement? Yes No

Dans l'affirmative veuillez préciser si le défigurement est : léger grave

Commentaires :

OBSERVATIONS: Décrire toute observation pertinente.

S'il y a lieu, veuillez préciser la ou les dents perdues :

S'il y a lieu, veuillez indiquer la présence de toute maladie gingivale ou périodontique :

Commentaires :

Distance inter-incisive : sans objet 20 mm ou moins 21 - 25 mm plus de 25 mm

Autres observations/commentaires :

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :	
AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient)			
Commentaires supplémentaires :			
Signature du médecin/du dentiste :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de téléphone : ()	Date du jour :