

Date :  
Prénom et nom :

## Section APPRENTISSAGE

| PRODUCTION ÉCRITE   Stade 1   Niveau 4 |                               |
|----------------------------------------|-------------------------------|
| Domaines                               | Santé                         |
| Situations                             | Consultation médicale         |
| Intentions                             | Remplir un formulaire médical |

Crédits iconographiques : Cégep de Jonquière, Shutterstock.com

# SANTÉ | Consultation médicale



**TÂCHE :** Remplir un formulaire médical

## ■ CONTEXTE DE COMMUNICATION ■

### Contraintes situationnelles



Prenez connaissance du tableau des contraintes.



*Remplir un formulaire médical*

**Vous êtes dans une clinique dentaire. Avant de rencontrer la ou le dentiste, on vous demande de remplir un formulaire médical pour l'ouverture de votre dossier.**

| Circonstances                                                                                   | Interlocutrices/Interlocuteurs                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Où :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ dans une clinique dentaire</li></ul>        | <b>Qui :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ la cliente ou le client</li><li>○ la personne responsable du dossier médical</li></ul> |
| <b>Pourquoi :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ pour ouvrir un dossier</li></ul>      |                                                                                                                                             |
| <b>Quand :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ pendant les heures d'ouverture</li></ul> | <b>Relation :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ formelle</li></ul>                                                                |

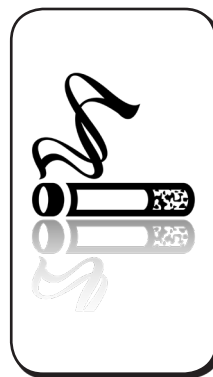
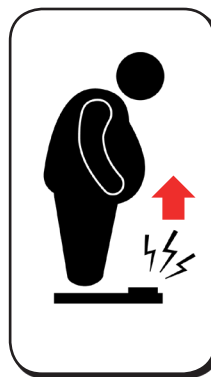
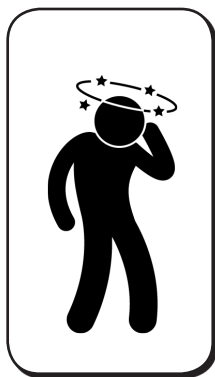
## ÉLABORATION DU DISCOURS

### Contraintes linguistiques

1.  Observez le lexique.

| Lexique de la situation                                                             |                                                                                                                                              |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| consommer des drogues<br>consommer de l'alcool<br>être enceinte<br>fumer<br>ronfler | des allergies<br>une chirurgie<br>le diabète<br>des étourdissements<br>des infections transmises sexuellement<br>l'inflammation des gencives | des maux de tête<br>des médicaments<br>des problèmes oculaires<br>des problèmes sanguins<br>des produits naturels<br>des prothèses | la tension artérielle (haute ou basse pression)<br>un traitement de canal<br>un traitement d'orthodontie<br>des troubles cardiaques<br>des troubles nerveux |

2. a)  Prenez connaissance des illustrations qui représentent les conditions médicales du client.



# SANTÉ | Consultation médicale

- b)  Remplissez le formulaire médical ci-dessous.  
Utilisez des données fictives mais réalistes en ce qui concerne les renseignements personnels.  
Utilisez les illustrations observées au point 2 a) pour compléter la section *Antécédents médicaux* du formulaire médical.

|                                                                                                                                |                                     |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|  <b>Clinique dentaire<br/>Dr Adam Allaire</b> |                                     |                                                                    |
| <b>Formulaire médical<br/>Confidentiel</b>                                                                                     |                                     |                                                                    |
| Date :                                                                                                                         |                                     | Sexe :<br><input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |
| Nom :                                                                                                                          | Prénom :                            |                                                                    |
| Adresse :<br>Ville :<br>Province :<br>Code postal :                                                                            |                                     |                                                                    |
| Téléphone :                                                                                                                    | Date de naissance :                 |                                                                    |
| Numéro d'assurance maladie :                                                                                                   |                                     |                                                                    |
| Si vous avez moins de 18 ans, veuillez inscrire le nom du parent ou du tuteur :                                                |                                     |                                                                    |
| Personne à joindre en cas d'urgence :                                                                                          |                                     |                                                                    |
| Raison de la visite :                                                                                                          |                                     |                                                                    |
| <b>Antécédents médicaux</b>                                                                                                    |                                     |                                                                    |
| Poids : ___livres ou ___kg                                                                                                     | Taille : ___centimètres ou ___'___" |                                                                    |
| Prenez-vous des médicaments?<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                   | Si oui, lesquels :                  |                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prenez-vous des produits naturels?</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Si oui, lesquels :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement?</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Êtes-vous enceinte?</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ces problèmes de santé? Si oui, cochez la case :</b><br><input type="checkbox"/> Troubles cardiaques<br><input type="checkbox"/> Problèmes sanguins<br><input type="checkbox"/> Tension artérielle (pression)<br><input type="checkbox"/> Infection transmise sexuellement<br><input type="checkbox"/> Diabète<br><input type="checkbox"/> Maladies de la peau<br><input type="checkbox"/> Problèmes oculaires (des yeux)<br><input type="checkbox"/> Troubles nerveux<br><input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents<br><input type="checkbox"/> Étourdissements<br><input type="checkbox"/> Asthme<br><input type="checkbox"/> Autre : | <b>Cochez la case si :</b><br><input type="checkbox"/> Vous fumez<br><input type="checkbox"/> Vous avez des prothèses articulaires<br><input type="checkbox"/> Vous ronflez<br><input type="checkbox"/> Vous consommez des drogues<br><input type="checkbox"/> Vous consommez de l'alcool<br><input type="checkbox"/> Vous avez des allergies<br>Si oui, lesquelles : |
| <b>Craignez-vous les traitements dentaires?</b><br><input type="checkbox"/> pas du tout<br><input type="checkbox"/> un peu<br><input type="checkbox"/> beaucoup                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Souhaitez-vous discuter de votre santé en privé avec votre dentiste?</b><br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Antécédents dentaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Dernière visite :</b> <input type="checkbox"/> 0-6 mois <input type="checkbox"/> 6-12 mois <input type="checkbox"/> 12 mois et +                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Avez-vous déjà eu ces traitements dentaires? Si oui, cochez la case.</b><br><input type="checkbox"/> Traitement des gencives<br><input type="checkbox"/> Traitement d'orthodontie<br><input type="checkbox"/> Traitement de canal<br><input type="checkbox"/> Prothèses<br><input type="checkbox"/> Chirurgie buccale ou extraction de dents<br><input type="checkbox"/> Implants dentaires<br><input type="checkbox"/> Radiographies dentaires<br><input type="checkbox"/> Autre :                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Je déclare avoir compris le questionnaire et je m'engage à aviser mon dentiste de tout changement de mon état de santé.<br><b>Signature :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Date :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## SANTÉ | Consultation médicale



Saviez-vous qu'en milieu hospitalier, quand vous êtes inscrits au régime d'assurance maladie du Québec, vous avez droit à certains services de chirurgie buccale en cas de traumatisme ou de maladie? Par ailleurs, les enfants de moins de 10 ans reçoivent gratuitement la plupart des services en clinique dentaire. Vous pouvez vous informer auprès de la RAMQ pour plus de détails.