



Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine. Afin de vous soigner dans les meilleures conditions et de vous assurer des traitements dentaires adaptés, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire nous est nécessaire. C'est pourquoi nous vous remercions de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Nous le passerons en revue ensemble. Ces informations resteront strictement confidentielles.



Lors de votre première consultation, pour la création de votre dossier médical, nous vous remercions :

- d'arriver 10 minutes avant l'heure de votre rendez-vous,
- de vous munir de votre carte vitale,
- de vos éventuelles ordonnances médicales en cours, et de ce questionnaire rempli.



Mme Melle Mr Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de Sécurité Sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Adresse :

N° de tél : Profession :

Comment avez-vous connu notre cabinet ?



HISTORIQUE MÉDICAL

Médecin traitant : Dr.....

Avez-vous déjà été ou êtes-vous sujet à :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C |
| <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance |
| <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux |
| <input type="checkbox"/> Tumeur maligne | <input type="checkbox"/> Thyroïde | |

Autres maladies :

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?

Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ?

Oui Non • Si oui, lesquels :

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?

Oui Non

• Si oui, lesquels :

- Anesthésique local chez le Dentiste
- Iode et produits dérivés
- Métal
- Antibiotique
- Latex
- Barbituriques
- Anti-inflammatoire ou aspirine
- Neuroleptique ou somnifère
- Codéine

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus

Non Oui

Êtes-vous fumeur ? Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle,

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

• Si oui, de combien de mois :

Êtes-vous ménopausée ? Oui Non

Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ? Oui Non



HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif de votre consultation ?.....

A quand remonte votre dernier contrôle dentaire ?

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez vous rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles ?

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?

Oui Non

Si oui, par : Chirurgie Médicaments Détartrage

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons :

Caries Infection ou abcès Déchaussement Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Si non, pour quelle raison

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ? Oui Non

Si oui, lesquelles.....

Avez-vous des dents sensibles ?

Au chaud au froid au sucre aux acides ou à la mastication



MÂCHOIRES

- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non
- Avez-vous remarqué des craquements, des claquements
ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non
- Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

- Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE SOUPLE ELECTRIQUE?
- Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR?
- A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?
- Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui Non
- Quel dentifrice utilisez-vous ?
- Souffrez-vous de mauvaise haleine ?

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui Non
- Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

DIVERS

- Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non
- Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?
-
-

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....

- Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?
- Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Autres remarques utiles :

.....

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

le / /

SIGNATURE DU PRATICIEN

SIGNATURE DU PATIENT

