

Mme Mr Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité Sociale : __/__/__/____/____/____

Tél. : __/__/__/____/____/____ Port. : __/__/__/____/____/____

Adresse complète : _____

Profession : _____ Mail : _____

Adressé par : _____

Motif de la consultation : _____

VOTRE HISTORIQUE MEDICAL

Nom et adresse de votre médecin traitant ? _____

A quand remonte votre dernier examen médical : _____

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? oui non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	Prothèses (autres que dentaires)
<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Maladies cardiaques	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/>	Chirurgie esthétique	<input type="checkbox"/>	Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	Séropositivité HIV
<input type="checkbox"/>	Désordres hormonaux	<input type="checkbox"/>	Maladies vénériennes	<input type="checkbox"/>	Sinusites répétées
<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Oedèmes (gonflements)	<input type="checkbox"/>	Syncopes, Vertiges
<input type="checkbox"/>	Glaucome	<input type="checkbox"/>	Pacemaker	<input type="checkbox"/>	Thyroïde
<input type="checkbox"/>	Hépatite A, B ou C	<input type="checkbox"/>	Pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	Troubles des reins
<input type="checkbox"/>	Lésions cardiaques congénitales	<input type="checkbox"/>	Problèmes circulatoires	<input type="checkbox"/>	Tumeur maligne
<input type="checkbox"/>	Ulcères à l'estomac	<input type="checkbox"/>	Problèmes nerveux	<input type="checkbox"/>	Autres maladies: _____

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? oui nonAvez-vous subi un traitement par radiations ? oui non

Prenez-vous des médicaments / traitements médical en ce moment ?

<input type="checkbox"/>	Antibiotiques	<input type="checkbox"/>	Antihistaminique	<input type="checkbox"/>	Cortisone
<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	Traitement pour la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	Autres : _____
<input type="checkbox"/>	Insuline	<input type="checkbox"/>	Tranquillisant / Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	_____

Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?

<input type="checkbox"/>	Anesthésique local	<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoire ou aspirine	<input type="checkbox"/>	Métal (nickel, chrome, cobalt...)
<input type="checkbox"/>	Antibiotiques (pénicilline...)	<input type="checkbox"/>	Neuroleptique ou somnifère	<input type="checkbox"/>	Codéine
<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	Iode et produits dérivés	<input type="checkbox"/>	Autres : _____

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans de meilleures conditions ? non Si oui, lesquels _____Fumez-vous ? oui non combien ___/jours depuis quand ? _____Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? oui non depuis quand ? _____

VOTRE HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre dentiste habituel ? _____

A quand remonte votre dernier examen dentaire : _____

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

Si oui, lesquels : _____

GENCIVES

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

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

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Si oui, par : Détartrage Chirurgie Médicaments

DENTS

Avez-vous des dents extraites ?

Si oui, pour cause de : Dents de sagesse Caries, infection ou abcès Déchaussement Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Si oui, par : un bridge fixe un appareil mobile un implant

Si non, pour quelles raisons ? _____

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, lesquels _____

Avez-vous des dents sensibles : au froid au chaud au sucre aux acides à la mastication

MÂCHOIRES / POSTURE

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? oui non / En journée La nuit

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou douleurs à l'ouverture de la mâchoire ? oui non

Précisez : Côté gauche Côté droit Les deux

Avez-vous des difficultés à déglutir ou à mastiquer ? oui non

Avez-vous régulièrement des : Migraines/Céphalées Acouphènes (Sifflements d'oreille) Vertiges

Douleurs cervicales Autre : _____

Portez-vous des : Lunettes de correction / lentilles Semelles orthopédiques

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent : dure moyenne souple

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

DENTISTERIE ESTHETIQUE

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? oui non

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? 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

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

Êtes-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'avois rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Questionnaire rempli le ____ / ____ / ____

Signature :