

Mme O

Mr O

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

N° de Sécurité Sociale :

Poids :

HISTORIQUE MÉDICAL

Nom 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 : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

Antidépresseurs

Maladie du foie

Prothèses (autres que dentaires)

Asthme

Maladies cardiaques

Rhumatisme Articulaire Aigu

Chirurgie esthétique

Maladie du sang

Séropositivité HIV

Désordres hormonaux

Sinusites répétées

Diabète

Œdèmes (gonflements)

Syncope, vertiges

Glaucome

Pacemaker

Thyroïde

Hépatite A, B ou C

Pertes de connaissance

Troubles des reins

Lésions cardiaques congénitales

Problèmes circulatoires

Tumeur maligne

Ulcères à l'estomac

Problèmes nerveux

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

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?

Oui

Non

· Si oui, lesquels :

Antibiotiques

Antihistaminiques

Tranquillisants

Aspirine

Traitement pour la tension artérielle

Cortisone

Insuline

Avastin

Autres :

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 qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ?

Oui

Non

Lesquels ?

Êtes-vous fumeur ?

Oui

Non

· Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?	Oui	Non
· Si oui, de combien de mois :		
· Prenez-vous actuellement la pilule ?	Oui	Non
· Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose à base de Biphosphonate (Didronel, Clabostan, Lytos, Skelid, Aredia, Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Bondranat, Zometa, Aclasta) ?	Oui	Non

HISTORIQUE MÉDICAL & DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

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

Quel est le motif de votre consultation ?

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?	Oui	Non
Avez-vous des aliments qui se coincent entre les dents après chaque repas ?	Oui	Non
Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ?	Oui	Non
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?	Oui	Non
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 oui, par : un bridge fixe un appareil mobile un implant		
Si non, pour quelle raison (sauf dents de sagesse) ?		
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 porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ?	Oui	Non

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 ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ?	Oui	Non

HABITUDES

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

- Succion du pouce Se mordre la langue, la lèvre ou la joue Se ronger les ongles
- Jouer d'un instrument musical à vent Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo
- Croquer des cacahuètes ou des glaçons

HYGIÈNE DENTAIRE

- Utilisez-vous une brosse à dent manuelle ? Oui Non
- Si oui avec quelle tête de brosse ? DURE MOYENNE ou SOUPLE
- Utilisez-vous une brosse à dent électrique ? Oui Non
- Si oui avec quelle tête de brosse ? DURE MOYENNE ou SOUPLE
- Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI ou SOIR ?
- A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?
- Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui Non
- Avez-vous des dents sensibles : au chaud au froid au sucre aux acides ou à la mastication ?

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Dans un large sourire vos dents ont-elles toutes la même couleur ? Oui Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Êtes-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

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

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

, le

Signature :