

# HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

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 : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
 Prénom : ..... N° de Sécurité Sociale : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Adresse : .....  
 N° de tél : .....  
 Profession : .....  
 Comment avez-vous connu notre cabinet ?.....

## HISTORIQUE MEDICAL

Médecin traitant : Dr.....

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

- |                                   |                           |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| ◇ Antidépresseurs                 | ◇ Maladie du foie         | ◇ Prothèses (autres que dentaires) |
| ◇ Asthme                          | ◇ Maladies cardiaques     | ◇ Rhumatisme Articulaire Aigu      |
| ◇ Maladie du sang                 | ◇ Séropositivité HIV      | ◇ Tumeur maligne                   |
| ◇ Désordres hormonaux             | ◇ ostéoporose             | ◇ Sinusites répétées               |
| ◇ Diabète                         | ◇ Œdèmes (gonflements)    | ◇ Syncopes, vertiges               |
| ◇ Glaucome                        | ◇ Pacemaker               | ◇ Thyroïde                         |
| ◇ Hépatite A, B ou C              | ◇ Pertes de connaissance  | ◇ Troubles des reins               |
| ◇ Lésions cardiaques congénitales | ◇ Problèmes circulatoires | ◇ Hypertension                     |
| ◇ 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 : .....

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

Etes-vous fumeur ? Oui  Non   
 • Si oui, nombre de cigarettes /jour : .....

Madame, Mademoiselle,  
 Etes-vous enceinte ? Oui  Non   
 • Si oui, de combien de mois : .....

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

## 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        /        /