

Mme Mlle Mr Nom : Date de naissance :/...../.....
Prénom : N° de Sécurité Sociale : __/__/____/____/____/____/____
Profession :

HISTORIQUE MEDICAL

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).

- | | | |
|--|--|---|
| <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"/> Maladie 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"/> Œdèmes (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 Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ?

Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?

Oui Non

• Si oui, lesquels :

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

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?

Oui Non

• Si oui, lesquels :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> 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 ?

Non Oui, 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 ou une autre maladie osseuse ?

Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes
Biphosphonates

HISTORIQUE DENTAIRE ET IMPLANTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? _____

Quel est le motif de votre consultation ? _____

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

GENCIVES

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

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

Avez-vous des tassements alimentaire ? Oui Non

Avez-vous des mobilités dentaire ? Oui Non

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ? 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 ? _____

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? _____

Avez-vous des dents sensibles :

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

IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui Non

Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? Oui Non

Si vous portez un appareil :

Votre appareil vous cause-t-il des douleurs ou un inconfort lorsque vous mangez ? Oui

Non

Etes-vous gênés par des dents manquantes ou des crochets d'appareil lorsque vous riez ou souriez ?

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

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE ou SOUPLE ?
Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR ?
Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? 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 Jouer d'un instrument musical à vent

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
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

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 ?

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

Merci de votre collaboration.

Ville, le / /

SIGNATURE :