

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).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ◇ Antidépresseurs ◇ Asthme ◇ Chirurgie esthétique ◇ Désordres hormonaux ◇ Diabète ◇ Glaucome ◇ Hépatite A, B ou C ◇ Lésions cardiaques congénitales ◇ Ulcères à l'estomac | <ul style="list-style-type: none"> ◇ Maladie du foie ◇ Maladies cardiaques <li style="padding-left: 40px;">◇ Maladie du sang ◇ Maladies vénériennes ◇ Œdèmes (gonflements) ◇ Pacemaker ◇ Pertes de connaissance ◇ Problèmes circulatoires ◇ Problèmes nerveux | <ul style="list-style-type: none"> ◇ Prothèses (autres que dentaires) ◇ Rhumatisme Articulaire Aigu <li style="padding-left: 40px;">◇ Séropositivité HIV ◇ Sinusites répétées ◇ Syncopes, vertiges ◇ Thyroïde ◇ Troubles des reins ◇ Tumeur maligne ◇ 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 :

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◇ Antibiotiques ◇ Aspirine ◇ Insuline | <ul style="list-style-type: none"> <li style="padding-left: 40px;">◇ Antihistaminique ◇ Traitement pour la tension artérielle ◇ Autres : | <ul style="list-style-type: none"> ◇ Tranquillisant ◇ Cortisone |
|---|---|---|

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◇ Anesthésique local chez le Dentiste ◇ Antibiotique ◇ Anti-inflammatoire ou aspirine | <ul style="list-style-type: none"> ◇ Iode et produits dérivés ◇ Latex ◇ Neuroleptique ou somnifère | <ul style="list-style-type: none"> ◇ Métal ◇ Barbituriques ◇ 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

• Êtes-vous ménopausée ? Oui Non

Si vous pensez 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, merci de le préciser ici :

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre médecin traitant ?

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

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 oui, par : un bridge fixe un appareil mobile un implant

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
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

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.

Ville, le / /

SIGNATURE :