Mme ☐ Melle ☐ 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).

☐ Antidépresseurs
☐ Asthme
☐ Chirurgie esthétique
☐ Désordres hormonaux
☐ Diabète
☐ Glaucome
☐ Hépatite A, B ou C
☐ Lésions cardiaques congénitales
☐ Ulcères à l'estomac
☐ Maladie du foie
☐ Maladies cardiaques
☐ Maladie du sang
☐ Maladies vénériennes
☐ Œdèmes (gonflements)
☐ Pacemaker
☐ Pertes de connaissance
☐ Problèmes circulatoires
☐ Problèmes nerveux
☐ Prothèses (autres que dentaires)
☐ Rhumatisme Articulaire Aigu
☐ 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 : .....

❖ Antibiotiques
❖ Aspirine
❖ Insuline
❖ Antihistaminique
❖ Traitement pour la tension artérielle
❖ Autres : ……..
❖ Tranquillisant
❖ Cortisone

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

- Si oui, lesquels : .....

❖ Anesthésique local chez le Dentiste
❖ Antibiotique
❖ Anti-inflammatoire ou aspirine
❖ Iode et produits dérivés
❖ Latex
❖ Neuroleptique ou somnifère
❖ Métal
❖ Barbituriques
❖ Codéine

Etes-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

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

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 ? 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 ? ……..

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 ☐ ?
A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? ……..
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	❖ Jouer d'un instrument musical à vent	❖ Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo
❖ Se mordre la langue, la lèvre ou la joue	❖ Se ronger les ongles	❖ Croquer des cacahuètes ou des glaçons

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

Oui☐ Non☐

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

Comment avez-vous connu le cabinet ?

.....

.....

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 du patient (ou tuteur légal) Signature du praticien