



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 en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé générale et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part. Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Mme Melle Mr Nom/ Prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale :

Profession :

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 ?

Aujourd'hui 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

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.

, le

Signature :