

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

N° de Sécurité Sociale :

Poids :

## 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)

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

Cortisone

Insuline

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  
Anti-inflammatoire ou aspirine

Barbituriques  
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 :  
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 ?  
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

### DENTS

**Avez-vous des dents extraites ?** Oui Non  
**Si oui, pour quelles raisons :**  
Caries Infection Abscess Déchaussement  
**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 ?  
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 interdentaires ? 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 toute 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

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.

Date :

Signature **NOM** Prénom :