



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).

- | | | |
|--|--|---|
| <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"/> 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"/> Antihistaminiques | <input type="checkbox"/> Tranquillisants |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Avastin | <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 ? 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 : Oui Non
 - 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 patient

Signature praticien