



Votre sourire notre priorité

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 avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général 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.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration !

Dr MALGRAS Christine

Mme Melle Mr Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Profession :

HISTORIQUE MEDICAL

Nom et localité 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"/> Anorexie - boulimie | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) | <input type="checkbox"/> Autres maladies |

Si autres maladies, lesquelles ?

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 (au besoin, joindre une liste détaillée sur feuille séparée).....

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <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 |

Etes-vous fumeur ? OUI NON

Si OUI, nombre de cigarettes par jour

Madame, Mademoiselle :

- Etes-vous enceinte ? OUI NON

Si OUI, de combien de mois :

- Prenez-vous actuellement la pilule ? OUI NON

- Etes-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 dentiste 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 ? 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

Avez-vous des antécédents familiaux de déchaussement ? OUI NON

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? OUI NON

Si OUI, pour quelles raisons : Caries Infection ou abcès Déchaussement Dent(s) de sagesse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? OUI NON

Si OUI, par : un bridge fixe un appareil amovible un implant

Si NON, pour quelle(s) raison(s) ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Concernant l'utilisation de métaux dans votre bouche,

avez-vous des préférences particulières ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

Avez-vous des dents sensibles : OUI NON

Si OUI, au chaud au froid au sucre aux acides ou à la mastication ?

IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? OUI NON

Si OUI, comment en avez-vous été informé(e) ?

Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? OUI NON

Connaissez-vous les inconvénients et risques présentés par les implants ? OUI NON

Avez-vous des personnes de votre entourage qui ont déjà réalisé des implants ? OUI NON

Avez-vous déjà eu un contact avec un praticien posant des implants dentaires ? OUI NON

Connaissez-vous l'investissement moyen pour un implant ? OUI NON

PROTHESES DENTAIRES

Portez-vous un appareil amovible mobile ? OUI NON

Si OUI,

- Votre appareil cause-t-il des douleurs ou un inconfort lorsque vous mangez ? OUI NON

- Avez-vous parfois de mauvaises odeurs sous votre appareil ? OUI NON

- Etes-vous gênés par des dents manquantes ou des crochets d'appareil lorsque vous riez ou souriez ? OUI NON

- Vous arrive-t-il d'enlever votre appareil car il vous gêne ? OUI NON

MACHOIRES

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

Quel type de brosse à dent utilisez-vous ? dure moyenne souple électrique

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, les brossettes inter-dentaires, ou l'hydrojet ? OUI NON

HABITUDES

Avez-vous l'une des habitudes suivantes :

- Se ronger les ongles Consommer des boissons sucrées (soda, boissons énergétiques, ...)
- Jouer d'un instrument musical à vent Grignoter entre les repas (sucreries, gâteaux, chips, ...)

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

Si OUI, quel praticien vous a soigné ?

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 :

.....
.....

« J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et de ses prescriptions médicales. »

FAIT A

LE/...../.....

SIGNATURE :