

**Cabinet Dentaire**  
**Dr ROUX – Dr HAOND**  
**DR BELLAIR**



## **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.

**Dr ROUX – Dr HAOND – Dr BELLAIR**



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 médecin 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 ?

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

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  Se mordre la langue, la lèvre ou la joue  Jouer d'un instrument musical à vent

Se ronger les ongles  Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo  Croquer des coques de pistache ou des glaçons

## 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

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 :