

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

Mme Melle Mr Nom :

Date de naissance :/...../.....

Prénom :

N° de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Profession :

HISTORIQUE MEDICAL

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"/> Maladies vénériennes | <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"/> 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 |

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 ?

Non Oui, Lesquels ?

Etes-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

• Êtes-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 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 :