

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 qualité et la sécurité optimale, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin d'un certain nombre d'informations essentielles vous concernant.

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**.

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 Fanny mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Docteur Claire DANIEL et son équipe

Mme Melle Mr

Nom : prénom.....

adresse.....



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

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

Profession :

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant :

Date de votre dernier examen dentaire :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses |
| <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 subi un traitement par radiations ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

• Si oui, lesquels :

Avez vous des allergies ?

Etes-vous fumeur ? Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame,

• 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 ou une autre maladie osseuse ?

Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ?

Hormones Œstrogènes Biphosphonates

HISTORIQUE DENTAIRE

• Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

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

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons :

Caries Infection abcès Déchaussement Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?
Oui Non

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 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 cacahuètes ou des glaçons

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ? Oui Non

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

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

Merci de votre collaboration.

à le / /

SIGNATURE :