

Mme Melle Mr Nom :
Prénom : Date de naissance :
Profession : E-mail :



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"/> Cancer | <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"/> Chirurgie esthétique |
| <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"/> Antibiotique | <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 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

Quel est le motif de votre consultation ?.....

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

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

- Si oui, lesquelles ?.....

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées ou que des aliments se coincent ? Oui Non

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

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

Avez-vous les dents sensibles ? au chaud au froid au sucre ou la mastication ?

Avez-vous des dents extraites ? Oui Non

- Si oui, pour quelles raisons ? Caries Infection ou abcès
 Déchaussement Dent incluse

Si vous avez des prothèses dentaires comment vous sentez-vous avec actuellement ?

.....

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

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 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 Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo

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

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou des brossettes inter-dentaires ? Oui Non

Dans un large sourire vos dents ont-elles toutes la même couleur ? Oui Non

Aimeriez-vous avoir des dents plus claires ? Oui Non

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

.....

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....

Êtes-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 mes prescriptions médicales.

SIGNATURE, Nom et Prénom

Aubagne, le