

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
 Votre adresse e-mail peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mme Melle M. Nom : Prénom :
 Adresse : Date du dernier examen médical :
 Code postal : Ville :
 Email : Tél. :
 Numéro de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ Profession: Date de naissance : _/~/../.....
 Mutuelle :
 Comment avez-vous connu le Cabinet Dentaire :

Nom du médecin traitant : Tel : Code postal :
 Adresse : Ville :

Nom du cardiologue: Tel : Code postal :
 Adresse : Ville :

HISTORIQUE MÉDICAL – QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Avez-vous eu des changements de votre état de santé depuis un an ? Oui Non
 2. Avez-vous été hospitalisé(e) depuis 5 ans ? Oui Non

HISTORIQUE DE VOS MALADIES OU DE VOS PROBLÈMES DE SANTÉ :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anémies | <input type="checkbox"/> Glaucome... | <input type="checkbox"/> Virus HIV |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Légionellose | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Bruit dans les oreilles | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'audition | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, convulsions | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaires Aigu | <input type="checkbox"/> Autre |

Affection :
 (RAA)

DIVERS :

Avez-vous eu au cours d'une intervention chirurgicale, d'une extraction ou d'un accident, un saignement anormalement prolongé ?
 Oui Non

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX PRIS PAR LE PATIENT :

Prenez-vous actuellement l'un des traitements suivants ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension | <input type="checkbox"/> Prozac |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Traitement pour le cholestérol | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Autres : |

ALLERGIES :

Avez-vous déjà eu de graves réactions d'allergie ? oui non

Etes-vous allergique à l'un des produits suivant merci de cocher le(s) produit(s) concerné(s)

- | | | |
|--|---|--|
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Pensez-vous avoir tout autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleurs conditions ?
 Non oui, lesquels.....

LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT AUX FEMMES UNIQUEMENT :

- Etes-vous enceinte ? Non oui, depuis combien de mois :
Allaitez-vous actuellement ? Non oui
Prenez-vous actuellement la pilule ? Non oui
Portez-vous un stérilet ? Non oui
Etes-vous ménopausée ? Non oui

HISTORIQUE DENTAIRE

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

GENCIVES :

- Avez-vous déjà eu des abcès des gencives ? Non oui
Une mauvaise haleine parfois, un mauvais goût ? Non oui
Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quel temps ? Non oui
Avez-vous les dents mobiles ? Non oui
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voir spontanément ? Non oui
Vos gencives sont-elles souvent douloureuses ou sensibles ? Non oui
Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ? Non oui
Fumez-vous ? Non oui
Si oui, combien de cigarettes par jour ? moins de 5 de 5 à 10 de 10 à 20 plus de 20

DENTS :

- Les dents extraites chez vous, ont-elles été remplacées ? Non oui
Si oui, par : un bridge fixe un appareil mobile un implant
Sinon, pour quelle raison ?
Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?
Avez-vous parfois des sensations de brûlures électriques dans la bouche ? Non oui

MACHOIRES :

- Avez-vous de fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles, dans les tempes ou dans le cou ? Non oui
Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? Non oui
Entendez-vous ses craquements lorsque vous ouvrez la bouche ? Non oui
Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Non oui

HYGIÈNE DENTAIRE :

- Utilisez-vous une brosse à dent : DURE MOYENNE SOUPLE ?
OUI NON
Utilisez-vous le fil de soie dentaire Non oui
les brossettes inter-dentaires ? Non oui
Un bain de bouche ? Non oui

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE :

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Non oui
Seriez-vous intéressé(e) par un éclaircissement médical de vos dents ? Non oui
Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Non oui
Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Non oui
Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?
.....

DIVERS :

- Lors de vos précédentes visites chez le Dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?
Si oui, lesquelles ?
Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?
Quels sont vos jours et heures de préférence pour vos rendez-vous ?
Autres remarques utiles :

Fait à La Valette du Var, Date : /..... /..... **SIGNATURE :**