

HISTORIQUE DENTAIRE

HABITUDES

Avez-vous eu ou avez-vous 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...
- Mâcher du chewing-gum

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Etes-vous satisfait(e) de la couleur de vos dents ?

Oui Non

Etes-vous satisfait(e) de la forme vos dents ?

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 eu un traitement orthodontique ?

Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

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, le cas échéant, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Ville : le : / /

Signature :

Réservé praticien :



CONFIDENTIEL

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,
Votre santé orale est une partie déterminante de votre santé générale et la médecine dentaire est devenue une science complexe.

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 l'organisme.

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.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Mme Mlle Mr

Tél. :

Nom :

e-mail :

Prénom :

Adresse :

Profession :

.....

Date de naissance : __/__/____

Âge : __ __



HISTORIQUE MÉDICAL

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 ?
Renseignez les pathologies passées ou en cours : Oui Non

.....

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident? Oui Non

Avez-vous subi une radiothérapie ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?
• Si oui, lesquels :

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?
• Si oui, lesquels :

Prenez-vous ou avez-vous pris du biphosphonates ? Oui Non

Avez-vous eu un traitement à base de corticoïdes dans les 12 derniers mois ? Oui Non

Êtes-vous fumeur ? • Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Êtes-vous enceinte ? • Si oui, de combien de mois :

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 :

.....

Réservé praticien :

HISTORIQUE DENTAIRE

Vous êtes adressé par :

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 ? Oui Non

.....

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui Non

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

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

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?

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 ?

Si oui, par : un bridge un appareil amovible un Implant Oui Non

Si non, pour quelle raison ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Avez-vous des dents sensibles ? :

au chaud au sucre à la mastication
 au froid à l'acidité

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 ? SOUPLE MOYENNE DURE

Quand vous brossez-vous les dents ? MATIN MIDI SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

Utilisez-vous le fil dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui Non