

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.

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

Nom :Prénom :N° SS : __/__/__/__/__/__/__/__/__

Date de naissance : __/__/____ 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).

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| ◇ Antidépresseurs | ◇ Maladie du foie | ◇ Prothèses (autres que dentaires) |
| ◇ Asthme | ◇ Maladies cardiaques | ◇ Rhumatisme |
| ◇ Chirurgie esthétique | ◇ Maladie du sang | ◇ Séropositivité HIV |
| ◇ Désordres hormonaux | ◇ Maladies vénériennes | ◇ Sinusites répétées |
| ◇ Diabète | ◇ Œdèmes (gonflements) | ◇ Syncopes, vertiges |
| ◇ Glaucome | ◇ Pacemaker | ◇ Thyroïde |
| ◇ Hépatite A, B ou C | ◇ Pertes de connaissance | ◇ Troubles des reins |
| ◇ Lésions cardiaques congénitales | ◇ Problèmes circulatoires | ◇ Tumeur maligne |
| ◇ Ulcères à l'estomac | ◇ Problèmes nerveux | ◇ RAA |
| | ◇ 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 :

- | | | |
|-----------------|---|------------------|
| ◇ Antibiotiques | ◇ Antihistaminique | ◇ Tranquillisant |
| ◇ Aspirine | ◇ Traitement pour la tension artérielle | ◇ Cortisone |
| ◇ Insuline | ◇ Autres : | |

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?

Oui Non

• si oui, lesquels :

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| ◇ Anesthésique local chez le Dentiste | ◇ Iode et produits dérivés | ◇ Métal |
| ◇ Antibiotique | ◇ Latex | ◇ Barbituriques |
| ◇ Anti-inflammatoire ou aspirine | ◇ Neuroleptique ou somnifère | ◇ 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 :

.....

HISTORIQUE DENTAIRE

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

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?.....

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 eu des abcès de gencives ou une mauvaise haleine Oui Non
Avez-vous les dents mobiles ? Oui Non
Le tartre apparaît-il rapidement ? Oui Non
Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui Non
Si oui, par : Chirurgie Médicaments Surfaçage

DENTS

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 ?.....
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 des craquements ou une douleur à l'ouverture de la bouche ? Oui Non Avez-vous de
fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles, dans les tempes
ou dans le cou ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE ou SOUPLE ?
Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? 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
Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?
.....

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?
.....

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.

Fait à Date :/...../.....

SIGNATURE :