

Mme Mlle Mr Date de naissance
 Nom : Prénom :
 Profession : N° de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_
 Email :
 Tél Tél portable : Tél bureau :

HISTORIQUE MEDICAL

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

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"/> Ostéoporose, maladie de Paget | <input type="checkbox"/> Problèmes pulmonaires (asthme, insuff. Respiratoire) |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Diabète (type1 ou 2) | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires (hémophilie, Cholestérol, varices) | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs (ulcères, brûlure estomac, rectocolites) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux, (spasmophilie, épilepsie, tétanie) | <input type="checkbox"/> Thyroïde (hypo ou hyper) |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes ophtalmiques (DMLA, glaucome) | <input type="checkbox"/> Troubles des reins (dialyse, ablation, greffe) |
| <input type="checkbox"/> Maladie du foie | | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques-vasculaire (HTA, infarctus) | | <input type="checkbox"/> Autres maladies |
| <input type="checkbox"/> Maladie du sang | | |
| <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | | |

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 (anti-cancéreux) ? Oui Non

Prenez-Vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

si oui, lesquels :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <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"/> Anticoagulants (valeur INR) | <input type="checkbox"/> Biphosphonates (Ostéoporose, maladies osseuses) : Zometa, Aredia, Bondronate, Ostepam, Paminject, Aclasta (IV), Fosamax, Bonviva, Didronel, Actonel, Clastoban, Lytos, Etidronate, Fosavance, 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"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofène | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Autres : |

Signes ? (plaques rouges, œdème de Quincke, diarrhées)

Êtes-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

Cabinet dentaire Dr Thierry GASNIER - 2 Place de la Barre - 71000 MÂCON

Tél. : 03 85 38 08 18 – Fax : 03 85 38 93 17 - http://dr-gasnier-thierry_chirurgiens-dentistes.fr

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 ? Oui Non

Lesquels ?

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre praticien traitant ?

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 ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?.....

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

Date du dernier détartrage :

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 ? 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 ?

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

Si oui, lesquelles :

Avez-vous des **dents sensibles** ? : Au chaud au froid au sucre aux acides ou à la mastication

Serez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements, luxation

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

Utilisez-vous une brosse à dent : Dure Moyenne ou 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

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 glaçons

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?

Oui Non

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

Oui Non

Êtes-vous complexé(e) par votre sourire ?

Oui Non

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?

Oui Non

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ?

Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?.....

.....

Idéalement, si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....
.....
.....
.....
.....

Êtes-vous anxieux(se) à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup

Autres remarques utiles :

.....
.....
.....

Veuillez nous informer de tout changement dans votre état de santé.

Merci.

Mâcon, le

SIGNATURE :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste". "Loi 78-17 du 5 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés