

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.  
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

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"/> Chirurgie esthétique            | <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"/> Autres maladies :                |
| <input type="checkbox"/> <b>Osteoporose</b>              |  |   |

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"/> Biphosphonates (Ostéoporose, maladies osseuses) : Zometa, Aredia,<br>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"/> 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 ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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.

## 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

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 métaux 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  ?

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

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 :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Succion du pouce     | <input type="checkbox"/> Se mordre la langue, la lèvre ou la joue   | <input type="checkbox"/> Jouer d'un instrument musical à vent  |
| <input type="checkbox"/> Se ronger les ongles | <input type="checkbox"/> Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo | <input type="checkbox"/> Croquer des cacahuètes ou des glaçons |

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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 à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

<input type="checkbox"/> Pas du tout	<input type="checkbox"/> Un peu	<input type="checkbox"/> Moyennement	<input type="checkbox"/> 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 n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés