CABINET DENTAIRE
Dr COMPAGNON Julie / Dr OCRE Jimmy

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 en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé générale 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 notre Assistante, ou à nous-même pour vous aider à le remplir.

Dr COMPAGNON J / Dr OCRE J

Mme O Melle O Mr O Nom : …… Prénom : ……
Date de naissance : …….. / …….. / …….. Profession : ……
N° de Sécurité Sociale : ……

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 ? OUI O NON O

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*)

O antidépresseurs	O maladie du foie	O prothèses (autre que dentaire)
O asthme	O maladies cardiaques	O rhumatisme articulaire aigu
O chirurgie esthétique	O maladie du sang	O séropositivité HIV
O désordres hormonaux	O maladies vénériennes	O sinusites répétées
O diabète	O œdèmes (gonflements)	O syncopes, vertiges
O glaucome	O pacemaker	O thyroïde
O hépatite A, B ou C	O pertes de connaissance	O troubles des reins
O lésions cardiaques congénitales	O problèmes circulatoires	O tumeur maligne
O ulcères à l'estomac	O problèmes nerveux	O autre : ……

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? OUI O NON O
Avez-vous subi un traitement par radiations ? OUI O NON O

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? OUI O NON O
Si oui, lesquels ?
……
……
……

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? OUI O NON O
Si oui, lesquels ? ……

O anesthésique local chez le dentiste	O iode ou produits dérivés	O métal
O antibiotique : ……...	O latex	O barbituriques
O anti-inflammatoire ou aspirine	O neuroleptique ou somnifère	O codéine

Êtes-vous fumeur ? OUI O NON O
Si oui, combien de cigarettes / jour ? ……

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? OUI O NON O

Si oui, date de début de grossesse : ……..

Prenez-vous actuellement la pilule ? OUI O NON O

Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ? OUI O NON O

Si oui : O hormones O œstrogène O biphosphonates ?

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

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 ? ……..

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques temps ? OUI O NON O

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? OUI O NON O

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

Si oui, par : O chirurgie O médicaments O détartrage ?

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? OUI O NON O

Si oui, pour quelle raison ? O caries O infection ou abcés O déchaussement O dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? OUI O NON O

Si oui, par : O un bridge fixe O un appareil mobile O un implant O couronne (pivot)

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 O NON O

Si oui, lesquelles ? ……

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

MÂCHOIRES

Serrez-vous ou grincer vous des dents ? OUI O NON O

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ?

OUI O NON O

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent O dure O moyenne O souple ?
Quand vous brossez-vous les dents ? O matin O midi O soir
A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? .....
Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? OUI O NON O

HABITUDES

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes ?

O succion du pouce	O jouer d'un instrument musical à vent	O mâcher un crayon, vos lunettes...
O se mordre la langue, la lèvre ou la joue	O se ronger les ongles	O croquer des cacahuètes ou des glaçons

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ? OUI O NON O

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? OUI O NON O
Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? OUI O NON O
Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? OUI O NON O
Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? OUI O NON O

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?
.....
.....

DIVERS

Avez-vous portez un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? OUI O NON O
Quelle est votre principale préoccupation concernant vos dents ?
.....
.....
Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?
.....
.....
Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? O pas du tout O un peu O moyennement O beaucoup

Comment avez-vous connu le cabinet ? .....

Merci de votre collaboration !

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.

A....., le .....

Signature du patient (ou tuteur légal) Signature du praticien