

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

NOM : Prénom: Date de Naissance :/...../.....

Adresse:

Code Postal :Ville :

Téléphone fixe: Portable :

Mail : Profession :

Souhaitez-vous recevoir le rappel du RDV par mail par SMS ?

Chère patiente, cher patient,

La Dentisterie est aujourd'hui devenue une discipline 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 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.

Nous passerons en revue, ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à nos assistantes, Emmanuelle, Nathalie et Sabrina ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Merci de votre coopération,.

Docteurs Rozenn & Vincent ARNOLD

Médecin traitant : NOM : Ville :

A quand remonte votre dernier examen médical ?

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui Non

HISTORIQUE DE VOS PROBLÈMES DE SANTÉ :

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="radio"/> Asthme | <input type="radio"/> Virus (HIV.....) | <input type="radio"/> Prothèses (hanche, genou...) | <input type="radio"/> Trouble du foie |
| <input type="radio"/> Tétanie, épilepsie | <input type="radio"/> Maladie cardiaque | <input type="radio"/> Ostéoporose | <input type="radio"/> Trouble des reins |
| <input type="radio"/> Syncopes, vertiges | <input type="radio"/> Hypertension | <input type="radio"/> Maladie neurologique | <input type="radio"/> Maladie respiratoire |
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> Hémophilie | <input type="radio"/> Maladie | <input type="radio"/> Ulcère à l'estomac |
| <input type="radio"/> Glaucome | <input type="radio"/> Maladie du sang | <input type="radio"/> Thyroïde | <input type="radio"/> Autres maladies : |
| <input type="radio"/> Hépatite A, B ou C | <input type="radio"/> Porphyrie | | |

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

Prenez-vous des médicaments actuellement : Oui Non

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Radiothérapie / chimiothérapie | <input type="radio"/> Antihistaminique | <input type="radio"/> Tranquillisant, antidépresseurs |
| <input type="radio"/> Médicaments pour le sang | <input type="radio"/> Immunosuppresseurs | <input type="radio"/> Autres : |
| <input type="radio"/> Insuline | <input type="radio"/> Cortisone | |

Prenez-vous des médicaments contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse (biphosphonates) ? Oui Non

ALLERGIES :

Avez-vous déjà eu de graves réactions d'allergie (œdème de Quincke, urticaire...) ? Oui Non

Êtes-vous allergique à l'un des produits suivants ?

- | | | | |
|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Anesthésique local | <input type="radio"/> Anti-inflammatoire | <input type="radio"/> Latex | <input type="radio"/> Codéine |
| <input type="radio"/> Antibiotique | <input type="radio"/> Aspirine | <input type="radio"/> Métal | <input type="radio"/> Autres : |

DIVERS :

Êtes-vous fumeur ? Oui Non Si oui : combien de cigarettes par jour :

Avez-vous eu au cours d'une intervention chirurgicale, d'une extraction ou d'un accident, un saignement **anormalement** prolongé ? Oui Non

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.....

POUR LES FEMMES UNIQUEMENT :

	OUI	NON	
Êtes-vous enceinte ? Allaitiez-vous votre enfant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	date accouchement :
Êtes-vous ménopausée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
si oui, prenez-vous un traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Suite au verso →

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous ?.....

Lors de vos visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

INFORMATIONS :

Sur quel niveau d'information souhaitez-vous que nous vous conseillions ?

- Uniquement le motif de ma visite
- Une information complète de l'état de ma bouche
- Les risques que représentent mon état dentaire sur ma santé en générale
- Ce qu'il est nécessaire de faire pour entretenir ma santé dentaire et générale
- Tous ces éléments m'intéressent

GENCIVES :

Ressentez-vous un ou des symptômes suivants ?

- Saignements
- Dents mobiles
- Mauvaise haleine
- Déchaussement
- Tassements alimentaires

Avez-vous déjà été **traité(e)** pour les gencives (chirurgie, médicaments, détartrage)?

OUI NON

DENTS :

Avez-vous des **dents extraites** ?.....

OUI NON

Ont-elles été **remplacées** par un bridge fixe un appareil mobile un implant

Si non, pour quelle **raison** ? Pas de gêne Pas d'informations Autre

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?.....

Avez-vous régulièrement des **caries** ?.....

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences

Avez-vous des dents sensibles ?.....

au chaud au froid au sucre à la mastication

MÂCHOIRES

OUI NON

Serrez-vous ou **grincez**-vous des dents ?.....

Avez-vous des **difficultés** à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous que d'un côté ?.....

Suite au verso ➡

HYGIÈNE DENTAIRE :

Utilisez-vous une **brosse à dent** : dure moyenne souple
 manuelle électrique

A quel **rythme** changez-vous de brosse à dents ?

Dentifrice utilisé : supermarché pharmacie nom :

Utilisez-vous : du fil dentaire des brossettes inter-dentaires des cure-dents
du bain de bouche un jet/hydropulseur ?

HABITUDES :

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

Manger/boire sucré ou acide

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE :

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?.....

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

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

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

Etes-vous satisfait(e) de **la position** de vos dents ?.....

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

OUI NON

DIVERS :

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

.....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Comment avez-vous connu le cabinet ? bouche à oreille annuaire par hasard

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 MAZE, le / /.....

Signature :