

NOM :

Prénom :

## HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

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.

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.

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

### HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre médecin traitant : .....

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou supposez-vous l'être ? OUI - NON Date d'accouchement :

Suivez-vous actuellement un traitement prescrit par votre médecin ?

- Aspirine ou antiagrégant plaquettaire (ex : Kardégic, Aspégic) :	OUI - NON	Dosage : .....
- AVK anti-vitamine K (ex : Sintron, Previscan, Coumadin)	OUI - NON	INR : .....
- Antithrombotique (ex : Plavix )	OUI - NON	Dosage : .....
- Antihypertenseur	OUI - NON	Tension : .... / ....
- Bisphosphonates	OUI - NON	Nom : .....
- Autres, précisez lesquels : Oraux ou Intra-veineux	OUI - NON	.....

Avez-vous eu ou avez-vous une ou plusieurs maladies de la liste suivante :

- Troubles cardiaques	OUI - NON	si oui, lesquels : .....
- Troubles respiratoires	OUI - NON	si oui, lesquels : .....
- Troubles endocriniens	OUI - NON	si oui, lesquels : diabète 1/2, hyper / hypothyroïdie, autres : .....
- Troubles neurologiques	OUI - NON	si oui, lesquels : épilepsie, tétanie, autres : .....
- Troubles digestifs	OUI - NON	si oui, lesquels : ulcère hernie reflux, autres : .....
- Troubles rénaux	OUI - NON	si oui, lesquels : insuffisance dialyse, autres : .....
- Affections virales	OUI - NON	si oui, lesquels : hépatite A / B / C, SIDA, HIV, autres : .....
- Affections cancéreuses	OUI - NON	si oui, lesquels : .....

Avez-vous une maladie ou un problème qui n'est pas mentionné ci-dessus ? OUI - NON

Si oui, expliquez : .....

Etes-vous allergiques aux :

- Anesthésiques locaux	OUI - NON	si oui, lesquels : .....
- Antibiotiques	OUI - NON	si oui, lesquels : .....
- Anti-inflammatoires	OUI - NON	si oui, lesquels : .....
- Antalgiques	OUI - NON	si oui, lesquels : .....
- Iode, Bétadine	OUI - NON	
- Latex	OUI - NON	
- Autres, précisez lesquels :		

Êtes-vous fumeur ?

OUI - NON si oui, nb de cigarettes / jour ..

Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ?

OUI - NON

## HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif de votre consultation aujourd'hui ? .....

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

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ? OUI - NON  
Si oui, lesquelles ?

### 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 été traité(e) pour les gencives ? OUI - NON

### DENTS

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 : Bridges fixes  Appareils mobiles  Implants

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 : .....

### HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent : DURE  MOYENNE  SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents : MATIN  MIDI  SOIR

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? OUI - NON

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

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 ? .....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Pas du tout  Un peu  Moyennement  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.

Chambéry, le        /        /

Signature du patient (ou tuteur légal)

Signature du praticien