

## 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 avec la plus grande sécurité, un historique détaillé de votre état de santé général 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. 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.

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 moi-même pour vous aider à le remplir.

Nom:.....

Prénom:.....

Date de naissance

: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Profession:.....

## HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant:.....

Nom de votre cardiologue : .....

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                       |
| <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"/> RAA                             | <input type="checkbox"/> Greffe d'organe         |   |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies: .....          |  |   |

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? Oui  Non

**Prenez-vous des médicaments** en ce moment? Oui  Non

si oui, lesquels: .....

- Antibiotiques
- Antihistaminique
- Tranquillisant
- Aspirine
- Traitement pour la tension artérielle
- Cortisone
- Insuline
- Autres: .....

Êtes-vous **allergique** à certains produits ou médicaments?      Oui         Non  

si oui, lesquels: .....

- Anesthésique local chez le Dentiste
- Iode et produits dérivés
- Métal
- Antibiotique
- Latex
- Barbituriques
- Anti-inflammatoire ou aspirine
- Neuroleptique ou somnifère
- 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? .....

Etes-vous **fumeur**?      Oui         Non  

Si oui, nombre de cigarettes/jour: .....

**Madame, Mademoiselle,**

Êtes-vous enceinte?      Oui         Non  

Si oui, de combien de mois: .....

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 :

.....

## **HISTORIQUE DENTAIRE**

Quel est le motif de votre consultation?.....

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

## **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 eu des abcès de gencives ou une mauvaise haleine ?      Oui  Non

Avez-vous les dents mobiles?      Oui         Non

Le tartre apparaît-il rapidement?      Oui       Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives?      Oui       Non

Si oui, par:  Chirurgie       Médicaments       Surfaçage

## **DENTS**

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?.....

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

### MÂCHOIRES

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

Avez-vous des craquements ou une douleur à l'ouverture de la bouche?      Oui       Non

Avez-vous de fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles, dans les tempes ou dans le cou?  
Oui                       Non

### HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent manuelle      Dure                       Moyenne                       ou Souple   
Utilisez-vous une brosse à dent à tête rotative ?      Oui       Non   
Utilisez-vous les brossettes inter-dentaires?      Oui       Non

### DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

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?  
.....

Autres remarques utiles  
:.....

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 ..... Date

: ...../...../.....

SIGNATURE