

# Questionnaire médical

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
adresse \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

## SUIVI MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant : \_\_\_\_\_

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"/> Diabète             | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires  | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux                |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C  | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV       | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées               |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Traitement biphosphonate | <input type="checkbox"/> Autres maladies : _____          |

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui | Non |  
• Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui | Non |  
• Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Consommez vous des stupéfiants ? Oui | Non |

Êtes-vous fumeur ? Oui | Non |  
• Si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui | Non |  
• Si oui, de combien de mois : \_\_\_\_\_

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 ? \_\_\_\_\_

## SUIVI DENTAIRE

### **GENCIVES**

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

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 remarqué des craquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui | Non |

### **HYGIÈNE DENTAIRE**

Utilisez-vous une brosse à dent DURE  MOYENNE  ou SOUPLE ?

Combien de fois par jour :

### **DENTISTERIE ESTHÉTIQUE**

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui | Non |

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

### **DIVERS**

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

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 :