

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 :