

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 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.

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** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, 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 mes Assistants, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Docteur Séverine DUFOSSE et son équipe

Séverine DUFOSSE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Diplômée de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Paris

89 impasse Jean Marc JULLIEN

60490 RESSONS SUR MATZ

Tél : 03 44 42 83 35

Nom et prénom :	Profession :
Date de naissance :	N° de Sécurité Sociale :
Adresse :	Complémentaire Santé :
Tel domicile :	Tel portable :

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre **Médecin traitant** :

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"/> Problèmes cardiaques vasculaires | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques valvulaires | <input type="checkbox"/> Dépression anxieuse |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire ou asthme | <input type="checkbox"/> Problème thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> glaucome |
| <input type="checkbox"/> Ulcères estomac | <input type="checkbox"/> Prothèses articulaires |
| <input type="checkbox"/> maladie du foie | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Troubles des reins | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Troubles sanguins | <input type="checkbox"/> Ronflements |
| <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV | <input type="checkbox"/> Cancer |

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 :

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Si oui lesquels ? Oui Non

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique (pénicillines) | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Codéine |

Etes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non

Si oui, début de grossesse : soit mois

Prenez-vous un **traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse** ? Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes **Biphosphonates**

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 ici :

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 ?

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

Si oui, par : Chirurgie Médicaments Détartrage

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 : un bridge fixe un appareil mobile un Implant

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:

Avez-vous des dents sensibles ? :

Au chaud au froid aux sucres aux acides ou à la mastication

MÂCHOIRES

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

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements

ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher

ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE ou SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui Non

HABITUDES

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

- Succion du pouce Jouer d'un instrument musical
- Se mordre la langue, la lèvre ou la joue Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo
- Se ronger les ongles Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo
- Croquer des cacahuètes ou des glaçons

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

Oui Non

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- 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

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 ?

.....

Autres remarques utiles :

.....

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.

A , le / /

**Signature du patient (ou tuteur légal)
praticien**

Signature du