

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie et l'implantologie sont, aujourd'hui, devenues des sciences complexes faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires et implantaires, 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. 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 Assistantes, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Nous vous remercions de bien vouloir vous munir des radiographies dentaires que vous possédez, de vos ordonnances médicales et de votre **carte vitale**, ainsi que de l'attestation d'ouverture de droits si vous bénéficiez de la C.M.U

Mme , Melle , Mr Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de Sécurité Sociale : ___/___/___/___/___/___/___/___/___

Profession :

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"/> 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"/> 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"/> 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 :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Autres : | |

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

• Si oui, lesquels :

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Codéine |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Autres |

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 ?

. Si 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 :

• Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

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

.....

HISTORIQUE DENTAIRE ET IMPLANTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Quel est le motif de votre consultation ?

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 : Oui Non

Si oui : Au chaud ◇ au froid ◇ au sucre ◇ aux acides ◇ ou à la mastication ◇?

IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui Non

Si oui, comment avez-vous été informé ?

Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? Oui Non

Connaissez-vous les inconvénients et risques présentés par les implants ? Oui Non

Avez-vous des personnes de votre entourage qui ont déjà réalisé des implants ? Oui Non

Avez-vous déjà eu un contact avec un praticien posant des implants dentaires ? Oui Non

Connaissez-vous l'investissement moyen pour un implant ? Oui Non

Si vous portez un appareil :

Votre appareil vous cause-t-il des douleurs ou un inconfort lorsque vous mangez ? Oui Non

Avez-vous parfois de mauvaises odeurs sous votre appareil ? Oui Non

Etes-vous gênés par des dents manquantes ou des crochets d'appareil lorsque vous riez ou souriez ?

Oui Non

Vous arrive-t-il d'enlever votre appareil car il vous gêne ? Oui Non

MÂCHOIRES

- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non
Avez-vous des craquements, ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non
Mâchez-vous fréquemment 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 Se mordre la langue, la lèvre ou la joue
 Se ronger les ongles Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo

Avez-vous l'impression d'avoir 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
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, et idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....
.....
.....
.....

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

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.

Montluçon, le / /

SIGNATURE :