

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 et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Il comporte des questions sur 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.

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 mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ?

Est-ce que les soins dentaires vous procure de l'anxiété ?
◇ Pas du tout ◇ Un peu ◇ Moyennement ◇ Beaucoup

Pourquoi ? :

Quel est le motif de votre consultation aujourd'hui?

Quelles sont vos attentes, lorsque vous venez dans un cabinet dentaire pour la première fois ? :

Dans la liste ci-dessous, veuillez cocher 3 de vos priorités.

- Accueil
- Propreté
- Technicité du matériel utilisé
- Utilisation des dernières technologies
- Notoriété
- Esthétique
- Proposition de soins préventifs
- La délicatesse pendant les soins
- La prise en compte de votre stress
- Le tarif le mieux remboursé
- Le meilleur rapport qualité / prix
- Des solutions de soins les plus robustes et les plus pérennes
- Autres

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 l'impression d'une mauvaise haleine malgré vos efforts d'hygiène ? 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 ? (Hormis dents de lait) Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : Caries ◇ Infection ou abcès ◇ Déchaussement ◇

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? (Hormis les sagesses) 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 (polymétallisme ou électro galvanisme), avez-vous des préférences particulières ? Oui Non

Si oui, lesquelles:

SENSIBILITE DENTAIRE :

Avez-vous des dents sensibles :

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

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 Jouer d'un instrument à vent
 Se ronger les ongles Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo

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

Portez-vous une gouttière de repos (nocturne ou autre) ? Oui Non

Avez-vous des maux de tête ou des douleurs dans le cou ? Oui Non

Avez-vous des douleurs dans le dos, le bassin Oui Non

Portez-vous (avez-vous porté) des semelles plantaires ? Oui Non

Avez-vous un sommeil agité, des réveils fréquents ? Oui Non

Avez-vous une fatigue intense ? Un sommeil peu réparateur ? Oui Non

Avez-vous l'impression d'étouffer dans votre sommeil ? Oui Non

Avez-vous des somnolences en voiture ? Oui Non

Avez-vous des acouphènes (bourdonnement d'oreilles) ? Oui Non

Avez-vous les intestins irrités (diarrhées, douleur ...) ? Oui Non

ORTHODONTIE

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non

Etes-vous satisfait de sa réussite ? Oui Non

Saviez-vous que des traitements peuvent débuter avant 5 ans, permettant d'éviter les bagues et les extractions dans la plus part des cas ? 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 ?

De quels types de soins souhaiteriez-vous bénéficier ?

Dans cette liste, quelles seraient vos priorités de soins (2 choix) ?

- Les dents absentes remplacées
- Les couronnes inesthétiques
- Les amalgames (plombages) remplacés
- Les taches de colorations
- L'alignement des dents
- Les prothèses inconfortables
- Autres

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.

Auriol, le / /

SIGNATURE :