

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions, elles sont importantes pour vous traiter dans les meilleures conditions.

Nom: Prénom:		· _		
Adresse:		Adresse mail:		
Taille: Poids:		Profession:		
Date de naissance: / Lieu		Vous êtes adressé(e) par:		
Nom du conjoint: Nombre d'enfants:		Nom de votre médecin généraliste :		
<u>.</u>				
QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL				
Pratiquez-vous un sport?	Prenez-vous actuellement des médicaments?			
oui non Si oui, lequel?	Antalgiques (douleurs), anti-inflammatoires, antibiotiques,			
amateur compétition	antidépresseurs, corticoïdes, anticoagulants, tranquillisants		, tranquillisants	
	Si oui lesquels?			
Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes?				
Cardiaques	En cas de grossesse, Date du terme:			
Infarctus, troubles du rythme, rhumatismes articulaires, hypertension				
☐ Hématologiques	Avez-vous eu un problème particulier lors de soins dentaires précédents ? En particulier: Anesthésie difficile, allergie, hémorragie, malaises, extractions difficiles			
Anomalie du bilan sanguin, troubles de la				
coagulation, prise d'anticoagulants Anesthésie difficile, allergie, hémorragie, malais				
Allergiques			PENSEZ A NOUS	
Pénicillines, anesthésiques, Iode	Avez-vous:		PREVENIR DE TOUT CHANGEMENT	
Respiratoires	Déjà eu une anesthésie générale?Eu un traitement par radiothérapie?		PENDANT LA DUREE DE	
Asthme, bronchite chronique	Une mauvaise cicatrisation?			
Discontifu	Une consommation de tabac?			
☐ Digestifs Hépatites, ulcère, gastrite, hypo salivation	SI OUI depuis quand?Quantité/Jour?			
riepatites, oldere, gastrite, rigpo salivation	Une consommation d'alcool régulière?			
Rénaux	Déjà consommé l'un des produits suivants?: Cannabis- Haschich - Marijuana - Cocaïne - Héroïne - Autre:			
Insuffissance rénale		(Attention: la consommation de certaines substances, dont l'alcool, modifie		
☐ Métaboliques	l'action des analgésiques locaux)			
Diabète, troubles hormonaux, thyroïdiens				
ORL et ophtalmologiques	☐ Prenez-vous	s ou avez-vous pris (même d	ans les 10 ans) des BIS-	
Sinusite, yeux, oreilles	PHOSPHONATES? Actonel, Aredia, Bondronat, Bonviva, Clastoban, Didronel,			
_		Osepam, Pamidronate, Pam		
Neurologiques	Ces médicaments sont utilisés pour le traitement de l'ostéoporose, ou du			
Maux de tête, perte de connaissance, Epilepsie	cancer osseux et peuvent être TRES dangereux en cas d'extraction. En cas de doute demandez à votre médecin traitant.			
☐ Infectieux, transmissibles, maladie de				
longue durée, Hépatite A,B ou C,				
Rhumatisme, Articulaire Aigu (RAA),				
Virus HIV, Tuberculose	Si vous avez subi des examens biologiques, apportez vos résultats au			
Autres:	prochain rendez-vous (pour éviter d'en refaire certains). Si vous avez des radiographies dentaires, apportez-les au prochain rendez-			
	vous.	radiographies dentaires, ap	portez-les du prochain rendez-	
····				



QUESTIONNAIRE DENTAIRE Quel est le motif de votre consultation? A combien de temps remonte votre dernière visite chez un dentiste? Quel est le nom de votre précédent dentiste? Date de: • Vos dernières radiographies (Radio - panoramique - scanner dentaire) de la bouche: Quel type de brosse à dents utilisez-vous: Souple Moyenne Dure De quelle marque:..... Marque de votre dentifrice 1 2 3 3+ Nombre de brossage par jour: A chaque rendez-vous de contrôle Avez-vous des caries: Souvent Rarement ☐ Jamais Avez-vous ou avez-vous eu: De mauvaises expériences chez le dentiste Des maux de têtes, d'oreilles, de cou Des vertiges ☐ Tendance à serrer ou à grincer des dents Besoin de vous "déverrouiller" le matin au lever Des mâchoires sensibles au réveil Des craquements de vos mâchoires lorsque vous Ouvrez ou Fermez la bouche Un traitement pour le redressement de vos dents Des extractions dentaires Les dents qui bougent ou se déplacent Les gencives qui saignent, sensibles Des abcès de gencives ☐ Une forte gingivite dans votre enfance ☐ Un goût métallique en bouche Quelqu'un de votre famille qui a perdu ses dents par déchaussement Est-ce que: Vous pensez que vos dents ont pu changer de couleur ou sont trop "jaunes" ☐ Ce problème vous gêne-t-il: ☐ Oui Comment avez-vous connu le cabinet? DATE ET SIGNATURE DU PATIENT: