

Bilan de santé

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____ Prénom _____ n° SS _____
Assurance Maladie Complémentaire _____

Pensez à vous munir de votre attestation pour votre prochain rendez-vous

Nom de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél. domicile _____ portable _____ professionnel _____

E-mail _____

Nom, prénom et coordonnées du tuteur ou curateur, le cas échéant

Date de naissance _____ Taille _____ Poids (kg) _____ Sexe Masculin Féminin

Profession _____ Étudiant Sans emploi Actif Retraité

Motif de votre consultation dentaire Urgence Bilan Contrôle/Détartrage Autre

Précisez _____

Si un professionnel de santé vous adresse, indiquez ses nom, prénom et coordonnées

En cas de changement de praticien, motif et coordonnées du chirurgien-dentiste

A quand remonte votre dernière consultation dentaire ? _____

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

Comment percevez-vous l'état général de votre bouche ? Excellent Bon Correct Mauvais

Lors de précédentes visites chez le dentiste

Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ou un malaise vagal ? Non Oui

Avez-vous eu un réflexe nauséux pendant les soins ? Non Oui

Avez-vous eu un saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale, extraction dentaire ou des blessures ? Non Oui

Êtes-vous sujet(e) aux ecchymoses ? Non Oui

Avez-vous eu des réactions anormales à la suite d'une anesthésie ? Non Oui Lesquelles ? _____

Vous-a-t-on prescrit des antibiotiques avant un traitement dentaire ? Non Oui

Avez-vous connu une expérience déplaisante ou rencontré une difficulté particulière ? Non Oui De quelle nature ? _____

Avez-vous des difficultés à rester allongé(e) ou à garder la bouche ouverte ? Non Oui Précisez _____

Pratiquez-vous un sport ? Non Oui Lequel ? _____
 Pratiquez-vous un instrument de musique ? Non Oui Lequel ? _____
 Autres activités de loisir _____
 Fumez-vous ? Non Oui a arrêté Sous quelle forme ? _____
 Précisez votre consommation _____ par jour par semaine par mois
 Arrêté le _____
 Consommez-vous de l'alcool ? Jamais Rarement Régulièrement
 Consommez-vous des stupéfiants ? Non Oui a arrêté Arrêté le _____
 Avez-vous fait l'objet de violences, physiques ou psychologiques ? Non Oui
 Avez-vous reçu un choc violent sur la tête, le cou ou ailleurs ? Non Oui
 Avez-vous subi des violences dans l'enfance, au travail ou dans votre vie de couple ? Non Oui
 Avez-vous subi des événements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire mal aujourd'hui ? Non Oui

Pour les femmes

Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? Non Oui
 Date prévue de l'accouchement _____
 Allaitez-vous ? Non Oui Une grossesse est-elle souhaitée ou attendue prochainement ? Non Oui
 Moyen de contraception _____

Nom, prénom et coordonnées de votre médecin traitant

A quand remonte votre dernier examen médical ? _____
 Si vous êtes suivi par un spécialiste en ville ou à l'hôpital, motif, nom, prénom et coordonnées

Prenez-vous actuellement ou régulièrement des médicaments ? Non Oui Lesquels ? _____
 Merci de bien vouloir, au choix : Apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous Adresser un scan par mail
 Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Non Oui Lesquelles ? _____
 Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ? Non Oui Laquelle ? _____
 Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années ? Non Oui Pour quel motif ? _____
 Souffrez-vous d'un handicap particulier ? Non Oui De quelle nature ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou de plusieurs affections de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

- | | | |
|--|---|---|
| Maladie cardiovasculaire
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde
<input type="checkbox"/> Angine de poitrine (angor)
<input type="checkbox"/> Anomalie du rythme cardiaque
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Endocardite infectieuse
<input type="checkbox"/> Affection valvulaire ou souffle au cœur
<input type="checkbox"/> Malformation cardiaque
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC)
<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Troubles circulatoires (phlébite)
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire
<input type="checkbox"/> Angioplastie cardiaque (stent) | Maladie respiratoire
<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire
<input type="checkbox"/> Bronchite chronique
<input type="checkbox"/> Tuberculose | Maladie nez/gorge/oreille
<input type="checkbox"/> Angine
<input type="checkbox"/> Sinusite chronique
<input type="checkbox"/> Rhume ou rhino-pharyngite chronique
<input type="checkbox"/> Otite
<input type="checkbox"/> Acouphènes
<input type="checkbox"/> Vertige ou trouble de l'équilibre |
| Maladie digestive
<input type="checkbox"/> Cirrhose
<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique
<input type="checkbox"/> Ulcère gastroduodénal
<input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac (gastrite)
<input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien
<input type="checkbox"/> Rectocolite hémorragique (RCH)
<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn
<input type="checkbox"/> Colite | Maladie du sommeil
<input type="checkbox"/> Insomnie
<input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
<input type="checkbox"/> Ronflement, fatigue ou somnolence
<input type="checkbox"/> Autres
Précisez _____ | |

Maladie du système nerveux

- Spasmophilie
- Crise de tétanie
- Épilepsie, convulsion
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Migraine
- Algies ou douleurs de la face, épaules, cou

Maladie du sang

- Anémie
 - Purpura
 - Hémophilie
 - Autre déficit en facteur de coagulation
- Lequel ? _____

Maladie rhumatologique

- Arthrose
- Ostéoporose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Maladie de Paget
- Tendinites

Maladie rénale

- Insuffisance rénale modérée et sévère
- Insuffisance rénale terminale (dialyse)
- Pyélonéphrites à répétition

Maladie infectieuse

- Sérologie hépatite B positive
- Sérologie hépatite C positive
- Sérologie HIV positive
- SIDA
- Herpès (bouton de fièvre)
- Candidose

Maladie endocrinienne

- Diabète
- Hypothyroïdie
- Hyperthyroïdie
- Troubles des glandes surrénales

Maladie des yeux

- Glaucome
- DMLA

Maladie de peau

- Eczéma
- Psoriasis
- Autres

Précisez _____

Autres troubles

- Troubles psychiatriques
- Dépression
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)

Je ne présente aucune de ces affections Avez-vous déjà souffert d'un cancer ? Non Oui Lequel ? _____

A quelle date ? _____

Autres maladies _____

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Avez-vous été traité par radiothérapie ? Non Oui (traitement par irradiation)

A quelle date ? _____

Avez-vous été traité par chimiothérapie ? Non Oui A quelle date ? _____Avez-vous subi une greffe ? Non Oui Laquelle ? _____

A quelle date ? _____

Avez-vous reçu une transfusion ? Non Oui A quelle date ? _____Etes-vous porteur d'un pacemaker ? Non Oui A quelle date ? _____Avez-vous subi une chirurgie cardiaque ? Non Oui (pontage aorto-coronaire)

A quelle date ? _____

Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang (antiagrégant plaquettaire) ? Non Oui (ex: Aspirine®, Asperic®, Kardege®, Plavix®, Efient®, Brilique®, Ticlid®, Cebutid®, Asasantine®, Duoplavin®, ...)

A quelle date ? _____

Etes-vous sous anticoagulant ? Non Oui (ex: Sintron®, Minisintrom®, Previscan®, Coumadine®, Calciparine®, Fraxiparine®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, ...)

Lequel ? _____

A quelle date ? _____

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par corticoïde au long cours ? (supérieure à 1 mois) Non Oui

Lequel ? _____

A quelle date ? _____

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par immunosuppresseurs ? Non Oui (ex: Imurel®, Cellcept®, Myfortic®, Methotrexate®, Humira®, Enbrel®, Remicade®, Cimzia®, Simponi®, ...)

Lequel ? _____

Date de la dernière prise _____

Avez-vous une prothèse orthopédique ? Non Oui (hanche, genou, coude, ...)

A quelle date ? _____

Avez-vous pris ou prenez-vous (même dans les 10 ans) un traitement aux biphosphonates ? Non Oui
(ex: Didronel®, Skélid®, Ostepam®, Lytos®, Clastoban®, Fosamax®, Fosavance®, Adrovance®, Actonel®, Bonviva®, Bondronat®, Zométa®, Aclasta®, Prolia®, Xgeva®, Protelos®, ...)

Sous quelle forme (voie orale ou perfusion IV, injection) ? _____

Date de la dernière prise _____

Prenez-vous un traitement neuroleptique ou au lithium ? Non Oui

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? Non Oui Lequel ? _____

Autres traitements _____

Êtes-vous allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

- Anesthésiques locaux Aspirine Antibiotiques Précisez _____
- Codéine Ibuprofène (ex : Advil®, Nurofen®, Spifen®, ...)
- Iode et produits dérivés Sédatifs ou neuroleptique Précisez _____
- Autres médicaments Précisez _____
- Métaux Latex ou gants médicaux, ménagers Résines (prothèses résines, couronnes résines, ...)
- Allergie alimentaire (banane, avocat, kiwi, châtaigne, sarrasin, poivron)
- Autres produits Précisez _____
- Signes apparus (plaques rouges, œdème de Quincke, vertige, diarrhées, maux d'estomac) _____

Je n'ai aucune de ces allergies

Apprendre à mieux vous connaître sur le plan bucco-dentaire

Vos gencives

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément Non Oui

Avez-vous déjà été diagnostiquée ou traité pour une maladie des gencives ? Non Oui

Nature du diagnostic et/ou du traitement _____
Y a-t-il des antécédents de maladie des gencives dans votre famille (gingivite, parodontite, déchaussement...) ? Non Oui Précisez _____

Avez-vous déjà remarqué des déchassements au niveau de vos gencives ? Non Oui Précisez _____

Vos dents, quels sont les problèmes dentaires à nous signaler ?

Sensibilité Non Oui

À quoi ? Chaud Froid Acide Sucré Pression

Mobilité dentaire Non Oui

Hormis les dents de sagesse et les dents de lait, avez-vous eu d'autres dents extraites ? Non Oui

Les dents extraites sont-elles remplacées ? Non Oui

Souhaitez-vous remplacer vos dents absentes ? _____

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? _____

Avez-vous suivi un traitement orthodontique ? Non Oui Quand ? _____

Avez-vous subi une chirurgie des mâchoires ? Non Oui Quand ? _____

Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ? Non Oui A quel(s) endroit(s) _____

Avez-vous eu des caries au cours des 5 dernières années ? Non Oui Précisez _____

Vos dents se sont-elles raccourcies, affinées ou usées au cours des 5 dernières années ? Non Oui Précisez _____

Vos mâchoires

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

Quand ? Le jour La nuit

Avez-vous remarqué des craquements, claques ou une douleur de vos mâchoires lors des mouvements d'ouverture de la bouche ?

Non Oui Précisez _____

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? Non Oui

Votre mâchoire s'est-elle déjà bloquée ? Non Oui En quelles circonstances ? _____

Avez-vous des maux de tête, d'oreilles, de douleurs aux mâchoires au réveil ? Non Oui

Avez-vous des difficultés à vous alimenter, à avaler ou à mâcher/croquer certains aliments ? Non Oui Pour quelle raison ? _____

Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir ? Non Oui Pour quelle raison ? _____

Votre hygiène bucco-dentaire

Utilisez-vous une brosse à dents ? Non Oui

Une brosse à dents manuelle Une brosse à dents électrique

Les poils de la brosse sont Souple Medium Durs

Quand vous brossez-vous les dents ? Matin Midi Soir

A quel rythme changez-vous votre brosse à dents ? _____

Utilisez-vous Du fil de soie dentaire Des brossettes interdentaires Des bains de bouche Autres _____

Croyez-vous avoir mauvaise haleine ? Non Oui

Avez-vous déjà utilisé du révélateur de plaque dentaire ? Non Oui Je ne sais pas ce que c'est

Avez-vous l'une des habitudes suivantes ?

Succion du pouce Non Oui Se mordre les joues, les lèvres ou la langue Non Oui

Se ronger les ongles Non Oui Utiliser ses dents pour couper du fil, ouvrir des emballages Non Oui

Mâcher un stylo, un cure dent Non Oui Autres habitudes Non Oui Précisez _____

Croquer des glaçons ou des aliments très durs (noix...) Non Oui

Consommation de boissons sucrées / acides (jus de fruits, sodas...) Jamais Occasionnellement Régulièrement Tous les jours

Manger entre les repas Jamais Occasionnellement Régulièrement Tous les jours

L'esthétique de votre bouche

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Non Oui

Avez-vous déjà eu un traitement pour éclaircir vos dents ? Non Oui

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Non Oui

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

Avez-vous le sentiment que vos dents sont moins bien alignées qu'avant ou qu'elles se chevauchent ? Non Oui

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème de santé non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, nous vous remercions de le préciser ci-dessous :

Pour votre prochain rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir :

- des ordonnances des médicaments que vous prenez,
- des éventuelles radios dentaires en votre possession,
- de votre carte Vitale et des éventuels justificatifs papier pour votre remboursement.

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé, et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à _____ Date _____

Signature