

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 nauséeux 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 évènements 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

- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Infarctus du myocarde
- ☐ Angine de poitrine (angor)
- ☐ Anomalie du rythme cardiaque
- ☐ Insuffisance cardiaque
- ☐ Endocardite infectieuse
- ☐ Affection valvulaire ou souffle au cœur
- ☐ Malformation cardiaque
- ☐ Accident vasculaire cérébral (AVC)
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ Troubles circulatoires (phlébite)
- ☐ Embolie pulmonaire
- ☐ Angioplastie cardiaque (stent)

Maladie respiratoire

- ☐ Asthme
- ☐ Insuffisance respiratoire
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Tuberculose

Maladie digestive

- ☐ Cirrhose
- ☐ Insuffisance hépatique
- ☐ Ulcère gastroduodénal
- ☐ Brûlures d'estomac (gastrite)
- ☐ Reflux gastro-œsophagien
- ☐ Rectocolite hémorragique (RCH)
- ☐ Maladie de Crohn
- ☐ Colite

Maladie nez/gorge/oreille

- ☐ Angine
- ☐ Sinusite chronique
- ☐ Rhume ou rhino-pharyngite chronique
- ☐ Otite
- ☐ Acouphènes
- ☐ Vertige ou trouble de l'équilibre

Maladie du sommeil

- ☐ Insomnie
 - ☐ Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
 - ☐ Ronflement, fatigue ou somnolence
 - ☐ 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 rénale

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

Maladie des yeux

- ☐ Glaucome
- ☐ DMLA

Maladie du sang

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

Maladie infectieuse

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

Maladie de peau

- ☐ Eczéma
- ☐ Psoriasis
- ☐ Autres
Précisez _____

Maladie rhumatologique

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

Maladie endocrinienne

- ☐ Diabète
- ☐ Hypothyroïdie
- ☐ Hyperthyroïdie
- ☐ Troubles des glandes surrénales

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 ? _____

Êtes-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 (antiagréant plaquettaire) ? ☐ Non ☐ Oui (ex: Aspirine®, Aspegic®, Kardegic®, Plavix®, Efigent®, Brilique®, Ticlid®, Cebutid®, Asasantine®, Duoplavin®, ...)

A quelle date ? _____

Êtes-vous sous anticoagulant ? ☐ Non ☐ Oui (ex: Sintrom®, 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®, Osteopam®, Lytos®, Clastoban®, Fosamax®, Fosavance®, Adavance®, 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 diagnostiqué 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 déchaussements 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, affînées 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, claquements 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

☐ Souples☐ 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

Dernière modification : mardi 16 décembre 2025 14:46:18

5 / 5