

Historique Médical et Dentaire

Mme M. NOM :

Prénom(s) :

Date de naissance : __ / __ / ____

N° de Sécurité Sociale : __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désordres hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpès labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression – troubles nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusites chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles osseux / articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies vénériennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syncopes, vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésion cardiaque congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œdèmes (gonflements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite A, B ou C (<u>entourez</u>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie immunologique (HIV...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes circulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrite / Ulcère /œsophagite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire Aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie, convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles / infection des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles posturaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (à préciser) :

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Anticoagulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranquillisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistaminique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement contre l'ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement pour la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pilule contraceptive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (à préciser) :

Avez-vous eu par le passé des traitements médicaux ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Grefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormones de croissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses (autres que dentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valve cardiaque artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalisation et/ou chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En particulier prenez-vous ou avez-vous déjà pris des **bisphosphonates** ?

Oui Non

(Exemples de Bisphosphonates : Didronel®, Actonel®, Fosamax®, Lytos®, Arédia®, Skelid®, Zometa®...)

Autre (à préciser) :

Souffrez vous d'allergies ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Nickel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicillines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre Métal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre antibiotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acariens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex / caoutchouc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pollens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iode et produits dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuroleptiques / somnifère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits de nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anesthésique local dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Produits alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (à préciser) :

Renseignements complémentaires

- Etes-vous actuellement suivi par un médecin ? Oui Non à préciser : _____
- Connaissez-vous votre tension habituelle ? Oui Non à préciser : _____
- Suivez-vous un régime particulier ? Oui Non à préciser : _____
- Eprouvez-vous des difficultés à dormir ? Oui Non
- Saignez-vous beaucoup et/ou longtemps après une piqûre ou une coupure ? Oui Non
- Consommez-vous du tabac ? Oui Non
- Si oui, sous quelle forme (cigarettes, cigares, pipe...) ? _____
- Pouvez-vous nous indiquer votre consommation quotidienne ? _____
- Sinon, avez-vous déjà fumé ? Oui Non Quand avez-vous arrêté ? _____



- Madame, êtes-vous enceinte ? Oui Non
- Si oui, depuis combien de mois ? _____
- Si non, une grossesse est-elle attendue ou souhaitée dans un avenir proche ? Oui Non
- Etes-vous actuellement en train d'allaiter ? Oui Non

Vous et vos dents

- Quel est le motif de votre consultation d'aujourd'hui ? _____
- A quand remonte votre dernier examen (ou soins) dentaire(s) ? _____
- Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Oui Non
- Si oui, lesquelles ? _____
- Avez-vous déjà eu des problèmes pendant ou après une extraction ou d'une chirurgie dentaire ? Oui Non
- Avez-vous déjà eu des complications à la suite d'une anesthésie ou d'un soin dentaire ? Oui Non
- Souffrez-vous des dents, des mâchoires ou des gencives ? Oui Non
- Vos gencives saignent-elles ? Oui Non Si oui, à quel moment ? Brossage Mastication spontanément
- Eprouvez-vous des difficultés à vous alimenter ? Oui Non
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non
- Quelle est votre préoccupation *principale* concernant vos dents ? _____
- _____
- _____
- Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Indiquez ici toute autre remarque que vous jugez utile : _____

« J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé ou mes prescriptions médicales. »

Fait à Mérignac, le ___/___/___

SIGNATURE DU PATIENT :