

# Historique Médical et Dentaire

Mme  M. NOM :

Prénom(s) :

Date de naissance : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

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

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésion cardiaque congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocardite infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles / infection des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles osseux / articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre maladie du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie infectieuse (VHI, hépatite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusites chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problème ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflux Gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles posturaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (à préciser) :

## Prenez-vous actuellement des médicaments ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Traitement immunosuppresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement contre l'ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement pour fluidifier le sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement pour la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (à préciser) :

**! Merci de penser à nous apporter l'ordonnance correspondante à cette (ces) prescription(s).**

## Avez-vous eu par le passé des traitements médicaux ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Hospitalisation et/ou chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Greffes / transplantation d'organes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valve cardiaque artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses orthopédiques (hanches, genou...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser) :					

## Souffrez-vous d'allergies ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Métal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anesthésique local dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex / caoutchouc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iode et produits dérivés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (à préciser) :

## Renseignements complémentaires

Saignez-vous beaucoup et/ou longtemps après une piqure ou une coupure ? Oui  Non

Consommez-vous du tabac ? Oui  Non

Si oui, pouvez-vous nous indiquer votre consommation quotidienne ? \_\_\_\_\_

Si non, 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

**N'OUBLIEZ PAS DE TOURNER LA PAGE**

## Vous et vos dents

Quel est le motif de votre consultation d'aujourd'hui ? .....

A quand remonte votre dernier examen (ou soin) dentaire ? .....

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

Ce qui compte pour vous, c'est :  La fonction (pouvoir manger)  Le confort  L'absence de douleur  être en bonne santé  
 L'esthétique (avoir un beau sourire)  Autre (précisez) :

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Oui  Non

- Si oui, lesquelles ? .....

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

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

Y a-t-il des antécédents de maladie des gencives (parodontite, déchaussement...) dans votre famille ? Oui  Non

Vos gencives sont-elles douloureuses ou saignent-elles ?  Non  Oui →  au brossage  à la mastication  spontanément

Avez-vous déjà remarqué une mauvaise odeur ou un goût désagréable dans votre bouche ? Oui  Non

Avez-vous des dents douloureuses ou sensibles ?  Non  Oui →  au chaud  au froid  au sucre  à la pression/mastication

Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ? Oui  Non

Pratiquez-vous une activité à risque pour vos dents ? (Plongée sous-marine, rugby, boxe...) Oui  Non

Vous arrive-t-il de vous ronger les ongles, croquer des glaçons ou des aliments durs, utiliser vos dents pour couper du fil ou des emballages, tenir des objets entre vos dents ou toute autre habitude sollicitant vos dents ? Oui  Non

Eprouvez-vous des difficultés à vous alimenter, à mâcher ou croquer certains aliments ? Oui  Non

Avez-vous remarqué des craquements, claquements ou une douleur lors de l'ouverture de votre bouche ? Oui  Non

Avez-vous constaté (ou vous a-t-on dit) que vous serrez ou grincez des dents ?  Non  Oui →  Le jour  La nuit

Avez-vous l'impression que votre mâchoire du bas est poussée en arrière quand vous serrez les dents du fond ? Oui  Non

Serrez-vous toujours les dents de la même manière (ou avez-vous plusieurs positions) ? Oui  Non

Vous respirez principalement :  Par le nez  Par la bouche

Présentez-vous l'un des symptômes suivants ?  Ronflement  Fatigue/épouement fréquent(s)  Somnolence(s) durant la journée

Sensation d'étouffement / difficultés respiratoire durant la nuit

Des douleurs ou une fatigue au réveil au niveau des mâchoires ou de la tête ?

Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir la nuit ? Oui  Non

Votre brosse à dent est :  Manuelle  Electrique ... et les poils de votre brosse sont :  souples  medium  durs

Utilisez-vous :  Du fil dentaire  Des brossettes interdentaires  un jet dentaire  un gratte-langue  Des bains de bouche

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui  Non

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

.....

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 :