

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Les informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Mlle Mme Mr Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Téléphone fixe _____ Portable _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Profession _____ Email _____

Médecin traitant _____ Téléphone _____

Adressé et /ou recommandé par : Un ami Un docteur La famille Site internet Autre

Raison de la visite : Contrôle Douleur Radiographie Avis implantaire Gencives sensibles Détartrage Carie

Date du dernier examen dentaire _____

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes ?

Cardiaques

Infarctus, troubles du rythme, rhumatismes articulaires, hypertension...

Hématologiques

Anomalie du bilan sanguin, troubles de la coagulation, prise d'anticoagulants...

Allergiques

Pénicillines, anesthésiques, iode, latex...

Respiratoires

Asthme, bronchite chronique...

Digestifs

Hépatites, ulcère, gastrite, hyposalivation...

Rénaux

Insuffisance rénale...

Métaboliques

Diabète, troubles hormonaux, thyroïdiens...

ORL et ophtalmologiques

Sinusite, yeux, oreilles...

Neurologiques

Maux de tête, perte de connaissance, épilepsie...

Cancer

Infectieux,

Hépatite, SIDA, Herpes

Autres

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Antibiotiques Aspirine Traitement pour la tension

Anticoagulant Corticoïdes artérielle

Antidépresseurs Insuline Tranquillisant

Anti-inflammatoires Prozac Valium

Antihistaminiques

Autres

Etes-vous fumeur ? Oui Non Nb de cigarettes/jour _____

Avez-vous une consommation d'alcool régulière ? Oui Non

Les questions suivantes s'adressent aux femmes uniquement :

Etes-vous enceinte ? Depuis combien de mois ? _____

Allaité-vous ? Etes-vous ménopausée ?

Portez-vous un stérilet ? Prenez-vous la pilule ?

Prenez-vous ou avez-vous pris des BISPSPHONATES ?

Actonel, Aredia, Bondronat, Bonviva, Clastoban, Didronel, Fosamax, Lytos, Osepam, Pamidronate, Pamonject, Skelid, Zometa...

Ces médicaments sont utilisés pour le traitement de l'ostéoporose, ou du cancer osseux et peuvent être très dangereux en cas d'extraction.

En cas de doute demandez à votre médecin traitant.

Pratiquez-vous un sport ? Oui Non

Si oui, lequel ? _____

**PENSEZ A NOUS PREVENIR DE TOUT
CHANGEMENT PENDANT LA DUREE DE VOS
SOINS**

Date et signature du patient :

CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE

Dr PETERSEN Gitte

10, avenue du Mont-Blanc

CHAMONIX 74400



QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Historique dentaire

Quel est le but de votre consultation ?

Date de votre dernière visite chez un dentiste :

Actes effectués :

Avez-vous reçu un examen radiologique de vos dents depuis moins de 3 ans ? Oui Non

Dents

Vos dents sont-elles sensibles ? Oui Non

Si oui, au chaud au froid au sucré à l'acide à la mastication

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Vos dents de sagesse ont-elles été extraites ? Oui Non

Gencives

Avez-vous déjà eu des abcès des gencives ? Oui Non

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques temps ? Oui Non

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

Vos gencives sont-elles souvent douloureuses ou sensibles ? Oui Non

Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ? Oui Non

Mâchoires

Avez-vous de fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles, dans les tempes ou dans le cou ? Oui Non

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

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ? Oui Non

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

Hygiène dentaire

A quel moment vous brossez-vous les dents ? Matin Midi Soir
Utilisez-vous une brosse à dent : Dure Moyenne Souple
 Manuelle Electrique

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter dentaires ? Oui Non

Avez-vous reçu une information concernant la plaque dentaire bactérienne ? Oui Non

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? Oui Non

Dentisterie esthétique

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non

Aimeriez-vous éclaircir vos dents ? Oui Non

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

Vous-êtes-vous fait redresser les dents ? Oui Non

Si oui, Pendant combien de temps ?

Etes-vous satisfait du résultat ? Oui Non

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

Divers

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

Si oui, lesquelles ?

Etes-vous effrayé à l'idée de porter une prothèse mobile ? Oui Non

Etes-vous disposé à consacrer 10 minutes par jour pour préserver vos dents et vos gencives ? Oui Non

Quels sont vos jours et heures de préférence pour vos rendez-vous ?

.....