

## HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé générale et dentaire est de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront strictement confidentielles et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à Jennifer et Hélène, mes Assistantes, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Dr Olivier Leroux et son Equipe.

Mme  Mlle  Mr  Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Profession : .....

## HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant : .....

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui  Non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs                 | <input type="checkbox"/> Maladie du foie         | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme                          | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques     | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu      |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique            | <input type="checkbox"/> Maladie du sang         | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV               |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux             | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées      | <input type="checkbox"/> Thyroïde                         |
| <input type="checkbox"/> Diabète                         | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements)    | <input type="checkbox"/> Troubles des reins               |
| <input type="checkbox"/> Glaucome                        | <input type="checkbox"/> Pacemaker               | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne                   |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C              | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance  | <input type="checkbox"/> Autres maladies : .....          |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires |   |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac             | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux       |   |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ? Oui  Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui  Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui  Non

• Si oui, lesquels : .....

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique                      | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine      | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone      |
| <input type="checkbox"/> Insuline      | <input type="checkbox"/> Autres : .....                        |   |

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui  Non

• Si oui, lesquels : .....

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique locale chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés   | <input type="checkbox"/> Métal         |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique                         | <input type="checkbox"/> Latex                      | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine       | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine       |

Etes-vous fumeur ? Oui  Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour : .....

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui  Non

• Si oui, de combien de mois : .....

• Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui  Non

• Un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ? Oui  Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ?  Hormones  Œstrogènes  Biphosphonates

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

# HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? .....

Quel est le motif de votre consultation ? .....

## DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Vos dents présentent-elles des chevauchements, sont-elles mal alignées ? Oui  Non

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

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui  Non

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

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui  Non

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

---

## GENCIVES

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

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui  Non

Si oui, par :  Chirurgie  Médicaments  Détartrage

Une impression de mauvaise haleine ou de mauvais goût dans la bouche ? Oui  Non

## DENTS

Avez-vous des dents sensibles :

Au chaud  au froid  au sucre  aux acides  à la mastication

## MÂCHOIRES

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

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements  
ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui  Non

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher  
ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? Oui  Non

## HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent  DURE  MOYENNE  SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents  MATIN  MIDI  SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? .....

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

## HABITUDES

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Succion du pouce                         | <input type="checkbox"/> Jouer d'un instrument musical à vent | <input type="checkbox"/> Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo |
| <input type="checkbox"/> Se mordre la langue, la lèvre ou la joue | <input type="checkbox"/> Se ronger les ongles                 | <input type="checkbox"/> Croquer des cacahuètes ou des glaçons      |

## DIVERS

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui  Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents, qu'aimeriez-vous modifier ?

---

---

---

---

---

---

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

- Pas du tout       Un peu       Moyennement       Beaucoup

Comment avez-vous connu le cabinet ?

---

---

Autres remarques utiles :

---

---

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

Dunkerque, le      /      /

Signature du patient (ou tuteur légal)

Signature du praticien