

## HISTORIQUE DENTAIRE

### HABITUDES

Avez-vous eu ou avez-vous l'une des habitudes suivantes :

- Succion du pouce
- Se mordre la langue, la lèvre ou la joue
- Jouer d'un instrument musical à vent
- Se ronger les ongles
- Mâcher un crayon, vos lunettes...
- Mâcher du chewing-gum

### DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Etes-vous satisfait(e) de la couleur de vos dents ?

Oui  Non

Etes-vous satisfait(e) de la forme vos dents ?

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 votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

### DIVERS

Avez-vous eu un traitement orthodontique ?

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

Autres remarques utiles :

*Merci de votre collaboration.*

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

Ville : ..... le : .... / .... / .....

Signature :

Réservé praticien :



## CONFIDENTIEL

### HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,  
Votre santé orale est une partie déterminante de votre santé générale et la médecine dentaire est devenue une science complexe.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est, désormais, 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. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout l'organisme.

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 mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Mme  Mlle  Mr

Tél. : .....

Nom : .....

e-mail : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Profession : .....

.....

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

Âge : \_\_ \_\_



## HISTORIQUE MÉDICAL

Nom de votre Médecin traitant : .....

A quand remonte votre dernier examen médical : .....

**Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ?**  
Renseignez les pathologies passées ou en cours :  Oui  Non

.....

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

**Avez-vous subi une radiothérapie ?**  Oui  Non

**Prenez-vous des médicaments en ce moment ?**  
• Si oui, lesquels : .....

**Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?**  
• Si oui, lesquels : .....

**Prenez-vous ou avez-vous pris du biphosphonates ?**  Oui  Non

**Avez-vous eu un traitement à base de corticoïdes dans les 12 derniers mois ?**  Oui  Non

**Êtes-vous fumeur ?** • Si oui, nombre de cigarettes /jour : .....

**Êtes-vous enceinte ?** • Si oui, de combien de mois : .....

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 :  
.....

Réservé praticien :

## HISTORIQUE DENTAIRE

Vous êtes adressé par : .....

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

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

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

.....

**GENCIVES**  
Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?  Oui  Non

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ?  Oui  Non

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

**Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?**  
Si oui, par :  Chirurgie  Médicaments  Détartrage

**DENTS**  
**Avez-vous des dents extraites ?**  Oui  Non

Si oui, pour quelles raisons :  Caries  Infection ou abcès  
 Déchaussement  Dent incluse

**Les dents extraites ont-elles été remplacées ?**  
Si oui, par :  un bridge  un appareil amovible  un Implant  Oui  Non

Si non, pour quelle raison ? .....

**Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?** .....

**Avez-vous des dents sensibles ? :**  
 au chaud  au sucre  à la mastication  
 au froid  à l'acidité

**MÂCHOIRES**  
Serrez-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 ?  SOUPLE  MOYENNE  DURE

Quand vous brossez-vous les dents ?  MATIN  MIDI  SOIR

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

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