

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom: Date de naissance:

Adresse complète :

Code postale :

Profession :

Tél. domicile / Tél. portable :

Email :@.....

Médecin traitant / Tél. :

Numéro de sécurité sociale : CMU ? NON OUI

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- Anémie : Non Oui
- Épilepsie : Non Oui
- Rhumatisme :
Non Oui Précisez :
- Glaucome : Non Oui
- Asthme : Non Oui
- Hépatite A B C
- Syncopes, vertiges : Non Oui
- Maladies cardiaques :
Non Oui Précisez :
- Maladies cardiaques-valvulaires :
Non Oui Précisez :
- Problèmes nerveux / psychiatriques :
Non Oui Précisez :
- Tension artérielle : Non Oui
- Tuberculose : Non Oui
- Crise de tétanie : Non Oui
- Troubles sanguins / problèmes circulatoires :
Non Oui Précisez :
- Troubles des reins :
Non Oui Précisez :
- Ulcère à l'estomac : Non Oui
- Désordres hormonaux :
Non Oui Précisez :
- Problèmes thyroïde : Non Oui
- Diabète : Non Oui
- Troubles articulaires (pose de prothèse) :
Non Oui Précisez :
- Cancer : Non Oui
- Le traitement du cancer :
Précisez :
- Rhumes fréquents ou sinusites :
Non Oui Précisez :
- Virus HIV :
Non Oui Précisez :
- Maladies sexuellement transmissibles (MST) :
Non Oui Précisez :
- Autres maladies :
Non Oui Précisez :

ALLERGIES CONNUES

Aliments : Non Oui Précisez :

Pénicilline : Non Oui Aspirine : Non Oui

Anesthésique local : Non Oui Latex : Non Oui

Antibiotique: Non Oui Codéine : Non Oui

Métal non précieux : Non Oui Anti-inflammatoire : Non Oui

Iode et produits dérivés : Non Oui Suflamides : Non Oui

Autres :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non Oui

Précisez :

.....

.....

- Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?
Non Oui Précisez :
- Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?
Non Oui Précisez :
- Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?
Non Oui Médicaments :
- Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?
Non 1 verre / mois 1 verre / semaine 1 verre / jour
Plus précisez :
- Avez-vous déjà été traité contre l'alcoolisme ?
Non Oui Date :
- Fumez-vous ? Non Oui Cigarettes / jour :
- Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de toxicomanie ? Non Oui
Type de drogue et fréquence :
- Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?
Non Oui Opération et date :
- Etes-vous enceinte ? Non Oui Accouchement le :
- Allaitiez-vous ? Non Oui
- Votre poids ?

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

- Dernière visite chez votre dentiste : 0-6 mois 6-12 mois + de 12 mois
précisez :
- Actes effectués lors de votre dernière visite :
- Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3ans ? Non Oui
- Vos dents de sagesse sont-elles sorties ? Non Oui
- Vos dents de sagesse ont-elle été extraites ? Non Oui
- Vos gencives saignent-elles fréquemment ? Non Oui
- Brossage, alimentation ? :
- Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? Non Oui
- Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ? Non Oui
- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Non Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| • Soins de parodontie : Non Oui | • Prothèses complètes ou partielles :
Non Oui |
| • Dévitalisation : Non Oui | • Implants dentaires : Non Oui |
| • Obturations (réparations) : Non Oui | Autres - précisez : |
| • Couronnes ou bridge : Non Oui | |

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

- Avez-vous eu un traitement d'orthodontie ? Non Oui Si oui, quand ?
- Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ?
- Nom du prédécent praticien :

Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations
En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date

Signature du patient :