

# 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, 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 le corps.

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.

Drs Francisca RIBAS et Nicolas BALLA

Mme  Melle  Mr  Nom Prénom :

Profession : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

## HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

A quand remonte votre dernier examen médical : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

**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 : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).**

- Antidépresseurs  Maladie du foie  Prothèses (autres que dentaires)
- Asthme  Maladies cardiaques  Rhumatisme Articulaire Aigu
- Chirurgie esthétique  Maladie du sang  Séropositivité HIV
- Désordres hormonaux  Maladies vénériennes  Sinusites répétées
- Diabète  Œdèmes (gonflements)  Syncopes, vertiges
- Glaucome  Pacemaker  Thyroïde
- Hépatite A, B ou C  Pertes de connaissance  Troubles des reins
- Lésions cardiaques congénitales  Problèmes circulatoires  Tumeur maligne
- Ulcères à l'estomac  Problèmes nerveux  Autres maladies : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

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

Oui  Non

**Avez-vous subi un traitement par radiations ?**

Oui  Non

**Prenez-vous des médicaments en ce moment ?**

Oui  Non

- Si oui, lesquels :

**Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?**

Oui  Non

- Si oui, lesquels : [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

- Anesthésique local chez le Dentiste  Iode et produits dérivés  Métal
- Antibiotique  Latex  Barbituriques
- Anti-inflammatoire ou aspirine  Neuroleptique ou somnifère
- Codéine

**Êtes-vous fumeur ?**

Oui  Non

- Si oui, nombre de cigarettes /jour :

**Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?**

Oui  Non

- Si oui, de combien de mois : Cliquez ici pour entrer du texte.
- Prenez-vous actuellement la pilule ?

Oui  Non

**Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?**

Oui  Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Cliquez ici pour entrer du texte.

**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 :**

Cliquez ici pour entrer du texte.

## HISTORIQUE DENTAIRE

**A quand remonte votre dernier examen dentaire ?** Cliquez ici pour entrer une date.

**Quel est le motif de votre consultation ?** Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Si oui, lesquelles ? Cliquez ici pour entrer du texte.

### GENCIVES

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

Oui  Non

**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

### 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 ?**

Oui  Non

Si oui, par :  un bridge fixe  un appareil mobile  un Implant

Si non, pour quelle raison ? [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

---

### Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

[Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

### Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles: [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

---

### Avez-vous des dents sensibles :

Au chaud  au froid  au sucre  aux acides  ou à la mastication

## 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 dents DURE  MOYENNE  ou SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents MATIN  MIDI  SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? [Cliquez ici pour entrer du texte.](#)

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 :

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 ou un stylo

Croquer des cacahuètes ou des glaçons

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

## DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

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

**Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?** Oui  Non

**Êtes-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 ?**

Cliquez ici pour entrer du texte.

---

---

---

## DIVERS

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

**Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?**

Cliquez ici pour entrer du texte.

---

---

**Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?**

Cliquez ici pour entrer du texte.

---

---

---

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

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup

**Comment avez-vous connu le cabinet ?**

Cliquez ici pour entrer du texte.

---

---

**Autres remarques utiles :**

Cliquez ici pour entrer du texte.

---

---

Merci de votre collaboration.

*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.*

A Cliquez ici pour entrer du texte., leCliquez ici pour entrer une date.

X

---

Signature du patient ou tuteur légal

X

---

Signature du Praticien  
Docteur