

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

Ces 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.

Nom : Prénom : Né(e) le :
Adresse :
Tél fixe : Tél portable : Profession :
Adresse email :
Caisse d'assurance : Mutuelle :
Médecin traitant : Tél :
Adresse :
Par qui êtes-vous adressé au cabinet :
Avez-vous consulté votre médecin dernièrement ? Oui, pour quelle maladie ?
 Non
Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? Oui, lesquels ?
 Non

HISTORIQUE DE VOS MALADIES OU DE VOS PROBLEMES DE SANTE

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Épilepsie, convulsions | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire | <u>Si vous êtes traité pour</u> |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Radiothérapie /Curiethérapie | <u>l'ostéoporose précisez :</u> |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges | <input type="checkbox"/> Zometa |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Aclasta |
| <input type="checkbox"/> Crise de tétanie | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Troubles des reins | <input type="checkbox"/> Arédia |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Ulcère à l'estomac | <input type="checkbox"/> Fosamax |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Problèmes thyroïdiens | <input type="checkbox"/> Virus HIV | <input type="checkbox"/> Bonviva |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Prothèse | <input type="checkbox"/> Autres maladies : | <input type="checkbox"/> Didronel |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'audition | <input type="checkbox"/> Prothèse | <input type="checkbox"/> Actonel | |
| | <input type="checkbox"/> Clastoban | <input type="checkbox"/> Lytos | |

DIVERS :

Avez-vous eu au cours d'une intervention chirurgicale, d'une extraction ou d'un accident, un saignement anormalement prolongé ? Oui Non

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX PRIS PAR LE PATIENT :

Prenez-vous l'un des traitements suivants ? si oui, merci de préciser le(s) nom(s) exact(s) ou nous fournir l'ordonnance.

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

ALLERGIES :

Avez-vous déjà eu des réactions d'allergie ? Oui Non

Êtes-vous allergique à l'un des produits suivants (merci de cocher le(s) produit(s) concerné(s))

- | | | | |
|---|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Anesthésique (chez le dentiste) | <input type="checkbox"/> Antibiotique, lequel ? | |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Codéine | <input type="checkbox"/> Métal non précieux | |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Autres : | |

TABAGISME :

Fumez-vous ? Oui par jour Non

LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT AUX FEMMES UNIQUEMENT :

- Êtes-vous enceinte ? Non Oui, depuis mois
Combien de fois avez-vous été enceinte ? fois
Prenez-vous actuellement la pilule ? Non Oui
Portez-vous un stérilet ? Non Oui
Êtes-vous ménopausée ? Non Oui

J'atteste l'exactitude des informations fournies. Je signalerai toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Fait à Date : / / Signature :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

AFIN DE MIEUX VOUS CONNAITRE

HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif 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 ?

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

Les dents extraites chez vous, ont-elles été remplacées ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Vos dents de sagesse ont-elles été extraites ?

GENCIVES :

Avez-vous déjà eu des abcès des gencives ? Une mauvaise haleine parfois, un mauvais goût ?

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

Avez-vous les dents mobiles ?

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

Vos gencives sont-elles souvent douloureuses ou sensible ?

Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ?

MACHOIRES :

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

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

HYGIENE DENTAIRE :

A quel moment vous brossez vous les dents ? Matin Midi Soir

Utilisez-vous une brosse à dent : Dure Moyenne Souple

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

Avez-vous reçu une information sur les études récentes concernant la plaque dentaire bactérienne ?

DENTISTERIE ESTHETIQUE :

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

Aimeriez-vous éclaircir vos dents ?

Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?

Vous êtes vous fait redresser les dents ?

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 ?

Si oui, lesquelles ?

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

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

Êtes-vous effrayé à l'idée de porter une prothèse mobile ?

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

Autres remarques utiles :