

Renseignements Personnels

Nom.....Prénom

Date de naissance

Adresse.....Ville

Tel.....Mail.....

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

Historique médical

Nom de votre médecin traitant :.....

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

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une ou plusieurs affections suivantes ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Affection thyroïdienne |
| <input type="checkbox"/> Hépatites A, B, C | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Trouble des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Tumeur malignes |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Autres : |

Avez-vous déjà remarqué un saignement anormal ? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par irradiation ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminiques | <input type="checkbox"/> Tranquillisants |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Autres : | |

Êtes-vous allergiques à certains produits ou médicaments ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésiques dentaires | <input type="checkbox"/> Iodes et dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Codéine | <input type="checkbox"/> Autres : |

Êtes-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 un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?

Oui Non

Si oui, lequel ? Hormones Œstrogènes Bisphosphonates

Si vous pensez avoir une autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions

Historique dentaire

Quel est le motif de votre consultation ?

GENCIVES

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

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? Oui Non

Si **oui**, pour quelles raisons ? Caries Infections Déchaussements

Ont-elles été remplacées ? Oui Non

Avez-vous des dents sensibles : Au chaud Au froid Au sucré A la mastication

MÂCHOIRES

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

Avez-vous remarqué des claquements ou des douleurs à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non

HYGIENE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent Dure Moyenne Souple

Quand vous brossez-vous les dents ? Matin Midi Soir

Utilisez-vous du fil inter-dentaire ou des brossettes ? Oui Non

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

.....

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....

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.*

Signature