



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Chère Patiente, Cher Patient, bienvenue !

La dentisterie est devenue aujourd'hui une science complexe faisant partie intégrante de la médecine.

Afin de mieux vous connaître, de vous soigner en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce formulaire détaillant votre état de santé générale et dentaire.

Il nous est également important de prendre en compte vos habitudes dentaires comme vos difficultés afin que nos traitements correspondent au mieux à vos souhaits.

Les informations que vous nous donnerez resteront strictement confidentielles.

Dr. Christophe Schohn et son équipe.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Mme Mlle Mr Nom :Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse domicile:.....
.....

Tél portable :Tél fixe :

Adresse E-Mail :@.....

Profession :Chez :à.....

Tél au travail :

VOS MEDECINS HABITUELS :

Dentiste habituel : Dr.....

Généraliste : Dr.....

Cardiologue : Dr

Autres spécialistes :

.....

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE CABINET ?

Par recommandation de Mr ou Mme.....

Vous avez été adressé(e) par votre dentiste : Dr.....

Vous avez été adressé(e) par votre médecin : Dr

Par Google Annuaire Doctolib Autre :

VOTRE SANTE GENERALE

- A quand remonte votre dernier examen médical (non dentaire) ?
- A quand remonte votre dernier examen dentaire ?
- Etes-vous en ALD (affection longue durée) ? Non Oui (Motif :))
- Prenez-vous des anticoagulants ? Non Oui (Lesquels :))

- Allergies : êtes-vous allergique à :

X	ALLERGIE	PRECISEZ SVP
	Antibiotiques ? (pénicilline, etc...)	
	Antidouleurs forts ? (Codéine, Tramadol, ...)	
	Ibuprofène (Advil, Nurofen, ...)	
	Anti-inflammatoires ? (Kétoprofène, etc...)	
	Métaux ? Chrome, Cobalt, Titane, etc...	
	Iode	
	Latex	
	Anesthésiques	
	Autre ...	

- En dehors des allergies, supportez-vous mal certains médicaments ? Devons-nous éviter de vous prescrire certains médicaments ? Lesquels :
- Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ? Non Oui
- Avez-vous déjà subi un traitement du cancer par ? Chimio ? Rayons ? Chirurgie ? Non Oui
- Tabac : Etes-vous fumeur ? Non Oui (Nb de cigarettes /jour :) Cigarette électronique ?
- Ancien fumeur ? Non Oui Toxicomanie ? Non Oui
- Êtes-vous enceinte ? Non Oui (mois) Allaitement ? Non Oui
- Avez-vous été traitée contre l'ostéoporose ou prenez-vous des Bisphosphonates ? Non Oui
(exemple : Aclasta, Diodocral, Bonviva, Zomesta, Fosamax, Actonel, Didronel, Bonafos, etc...)
En comprimés ? En injection ?
- Devez-vous être opéré prochainement ? Non Oui

- Etes-vous en traitement en ce moment ? Non Oui
- Etes-vous atteint par une de ces maladies ? Quels traitement ou médicaments prenez-vous ?

X	MALADIE	MEDICAMENTS OU TRAITEMENT
	Apnées du sommeil	
	Asthme	
	Cœur : maladies ou prothèses, infarctus, stents, insuffisance, malformation, troubles du rythme, endocardite, valve artificielle, angine de poitrine ...	
	Cancer	
	Dépression	
	Diabète (préciser type 1 ou 2)	
	Fibromyalgie	
	Glaucome	
	Hypertension artérielle	
	Maladies du foie, hépatites (A, B ou C)	
	Insuffisance rénale	
	Maladies du sang	
	Œdèmes (gonflements)	
	Ostéoporose	
	Pacemaker	
	Pertes de connaissance, syncopes, tétanie	
	Pathologie oculaire	
	Pathologie ORL	
	Problèmes de circulation sanguine	
	Problèmes hormonaux	
	Problèmes nerveux	
	Problèmes rénaux, dialyse	
	Prothèses (hanche, genoux, épaule, ...)	
	Reflux gastro-œsophagien	
	Rhumatismes articulaires aigus	
	Séropositivité HIV - SIDA	
	Sinusites fréquentes	
	Tendinites	
	Thyroïde (hyper-, hypo-)	
	Tumeur maligne, cancer, chimio, rayons	
	Autres problèmes de santé non mentionnés ci-dessus :	

- Devez-vous prendre des antibiotiques avant un soin dentaire (antibioprophylaxie) ? Non Oui
- Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies dentaires Non Oui
- Avez-vous eu des saignements anormalement longs à la suite d'extractions dentaires ? Non Oui
- Autres renseignements utiles sur votre santé :

VOTRE BOUCHE ET VOS DENTS

Quel est le motif de votre consultation ?

Vos soins précédents :

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

Vos gencives

- Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Non Oui
- Avez-vous des dents qui bougent ? Non Oui
- Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Non Oui
- Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? (curetage, chirurgie, greffes...) Non Oui

Vos dents

- Avez-vous des dents extraites ou manquantes ? Non Oui
- Si oui, pour quelles raisons : Caries Infection ou abcès Déchaussement Fracture
- Ces dents manquantes ont-elles été remplacées ? Non Oui
- Si non, pour quelles raisons ?
- Si vous avez des prothèses amovibles, comment vous sentez-vous avec ?
- Avez-vous des dents sensibles ? Non Oui (chaud ? froid ? sucre ? mastication ?)

Les articulations

- Serrez-vous les mâchoires ou grincez-vous des dents ? Non Oui
- Avez-vous des difficultés à mâcher ? Non Oui
- Les articulations craquent-elles ? Non Oui

Votre hygiène dentaire

- Brosse manuelle (dure moyenne souple) Brosse électrique
- Jet d'eau , Hydropulseur Fil dentaire Brossettes inter-dentaires Cure-dents
- Quel dentifrice ? Quel bain de bouche ?

Confort

Avez-vous l'impression d'avoir :

- Mauvaise haleine ? Mauvais gout dans la bouche ? Gout déformé, métallique ?

Esthétique

- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Non Oui
- Cachez-vous vos dents lorsque vous riez, souriez ou pour une photo ? Non Oui
- Aimerez-vous avoir des dents plus blanches ? Non Oui

Anxiété chez le dentiste :

- Etes-vous anxieux chez le dentiste ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
- Si oui, que craignez-vous ?.....

Vos souhaits :

- Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?
.....
.....
- Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?
.....
.....

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.

Molsheim, le (date) :

Signature du patient (ou tuteur légal) :

Ce questionnaire médical devra être mis à jour chaque année.