



QUESTIONNAIRE MEDICAL

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Mme Mlle Mr Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Tél :

Adresse domicile:.....

Code postal Ville :

Adresse E-Mail :

Profession : Chez : à

VOS MEDECINS HABITUELS :

Dentiste habituel : Dr..... à

Médecin généraliste : Dr..... à

Cardiologue : Dr à

Autres spécialistes :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE CABINET ?

Par recommandation de Mr ou Mme.....

Par votre dentiste ou votre médecin : Dr.....

Par Google Le site internet du cabinet Doctolib

VOTRE SANTE GENERALE

- A quand remonte votre **dernier examen médical** ?
- A quand remonte votre **dernier examen dentaire** ?
- Etes-vous en **ALD** (affection longue durée) ? Non Oui (Motif :))
- Prenez-vous des **anticoagulants** ? Non Oui (Lesquels :))
- Etes-vous en traitement en ce moment ? **liste des médicaments** que vous prenez actuellement :

.....

- Devez-vous être **opéré prochainement** ? Non Oui
- **Tabac** : Etes-vous fumeur ? Non Oui (Nb de cigarettes /jour :) Cigarette électronique ?
- Ancien fumeur ? Non Oui Toxicomane ? Non Oui

- **Allergies et médicaments non supportés** : êtes-vous allergique ou supportez-vous mal ?

	OUI	NON		OUI	NON
Antibiotiques (pénicilline, ...)			Iode		
Codéine, Tramadol			Latex		
Ibuprofène			Anesthésique		
Anti-inflammatoires					
Autre (décrivez svp) :					

Non à ma connaissance je ne suis allergique à rien.

- Avez-vous déjà eu un **saignement anormal** au cours d'une intervention ? 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, Bonefos, etc...)
En comprimés ? En injection ?

Avez-vous un des problèmes de santé suivant ?

	OUI	NON	?		OUI	NON	?
Accident vasculaire cérébral				Migraines			
Anémie				Ostéoporose			
Apnée du sommeil				Pacemaker			
Asthme				Pertes de connaissance			
Cancer (chimio, rayons)				Prothèse articulaire			
Cœur (infarctus, angine de poitrine, valve ...)				Reins			
Dépression				Reflux gastro-œsophagiens			
Diabète (type I ou II ?)				Rhumatismes			
Foie				Sinusites fréquentes			
Hypotension				Tendinites			
Hypertension				Thyroïde			
Maladie infectieuse				Tuberculose, hépatite, sida			
Autre maladie :							

- 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

Date :

Signature :

Ce questionnaire médical devra être régulièrement mis à jour.

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 ou même 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 (hors dents de sagesse) ? 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 ?
- Avez-vous des dents sensibles ? Non Oui (chaud ? froid ? sucre ? mastication ?)
- Si vous portez des prothèses, comment vous sentez-vous avec ?

Les articulations

- Serrez-vous les mâchoires ou Grincez-vous des dents ?
- 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
- Aimerez-vous avoir des dents plus blanches ? Non Oui

Anxiété chez le dentiste :

- Etes-vous anxieux chez le dentiste ? Pas du tout Un peu Beaucoup

Vos souhaits :

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

.....