



# 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 ?

.....