



## AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non  Oui Précisez : .....

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?

Non  Oui Précisez : .....

Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?

Non  Oui Précisez : .....

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?

Non  Oui Médicaments : .....

Fumez-vous ?

Non  Oui Cigarettes par jour : .....

Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?

Non  1 verre/mois  1 verre/semaine

1 verre/jour  Plus : précisez : .....

Avez-vous déjà été traité contre l'alcoolisme ?

Non  Oui Date : .....

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de toxicomanie ?

Non  Oui

Type de drogue & fréquence .....

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Non  Oui Opération & date : .....

Etes-vous enceinte ?

Non  Oui Accouchement le : .....

Allaitez-vous ?

Non  Oui

## QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dernière visite chez votre dentiste :

0-6 mois  6-12 mois  + de 12 mois - précisez : .....

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ?

Non  Oui

Vos dents de sagesse sont-elles sorties ?

Non  Oui

Vos dents de sagesse ont-elle été extraites ?

Non  Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?

Non  Oui Brossage, alimentation ? .....

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

Non  Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

Non  Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Non  Oui

Avez-vous déjà eu des prothèses articulaires ?

Non  Oui

## AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives :  Non  Oui

Traitement d'orthodontie :  Non  Oui

Traitement de canal :  Non  Oui

Obturations (réparations) :  Non  Oui

Couronnes ou ponts :  Non  Oui

Prothèses complètes ou partielles :  Non  Oui

Implants dentaires :  Non  Oui

Autres - précisez :

## HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie\* ?

Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ? ..... Nom du précédent praticien : .....

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ?  Non  Oui Précisez le type : .....

\*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e) ....., atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du patient :