Historique Médical et Dentaire

❑ Mme ❑ M. **NOM :** **Prénom(s) :**

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __ Adresse Mail :

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Hypertension artérielle	❑	❑	Dépression	❑	❑	Asthme	❑	❑
Lésion cardiaque congénitale	❑	❑	Leucémie	❑	❑	Diabète	❑	❑
Endocardite infectieuse	❑	❑	Troubles / infection des reins	❑	❑	Maladie du foie	❑	❑
Infarctus	❑	❑	Troubles osseux / articulaires	❑	❑	Epilepsie	❑	❑
Autre maladie du cœur	❑	❑	Maladie infectieuse (VIH, hépatite…)	❑	❑	Sinusites chroniques	❑	❑
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	❑	❑	Pertes de connaissance	❑	❑	Problème ORL	❑	❑
Trouble de la coagulation	❑	❑	Reflux Gastro-œsophagien	❑	❑	Troubles posturaux	❑	❑
						Apnée du sommeil	❑	❑

❑ Autre (à préciser) :

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Traitement immunosuppresseur	❑	❑	Anti-inflammatoires	❑	❑	Traitement contre l'ostéoporose	❑	❑
Traitement pour fluidifier le sang	❑	❑	Antidépresseurs	❑	❑	Traitement pour la tension artérielle	❑	❑

❑ Autre (à préciser) :

! Merci de penser à nous apporter l'ordonnance correspondante à cette (ces) prescription(s).

Avez-vous eu par le passé des traitements médicaux ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Hospitalisation et/ou chirurgie	❑	❑	Radiothérapie	❑	❑	Greffes / transplantation d'organes	❑	❑
Valve cardiaque artificielle	❑	❑	Chimiothérapie	❑	❑	Prothèses orthopédiques (hanches, genou…)	❑	❑
Bisphosphonates	❑	❑	Autre (à préciser) :					

Souffrez vous d'allergies ?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Métal	❑	❑	Antibiotique	❑	❑	Anesthésique local dentaire	❑	❑
Latex / caoutchouc	❑	❑	Anti-inflammatoire	❑	❑	Iode et produits dérivés	❑	❑

❑ Autre (à préciser) :

Renseignements complémentaires

Saignez-vous beaucoup et/ou longtemps après une piqure ou une coupure ? Oui ❑ Non ❑

Consommez-vous du tabac ? Oui ❑ Non ❑

Si oui, pouvez-vous nous indiquer votre consommation quotidienne ? _____

Si non, avez-vous déjà fumé ? Oui ❑ Non ❑ Quand avez-vous arrêté ? _____



Madame, êtes-vous enceinte ? Oui ❑ Non ❑

- Si oui, depuis combien de mois ? _____
- Si non, une grossesse est-elle attendue ou souhaitée dans un avenir proche ? Oui ❑ Non ❑

Etes-vous actuellement en train d'allaiter ? Oui ❑ Non ❑

N'OUBLIEZ PAS DE TOURNER LA PAGE »

Vous et vos dents

Quel est le motif de votre consultation d'aujourd'hui ? .....

A quand remonte votre dernier examen (ou soin) dentaire ? .....

Comment percevez-vous l'état général de votre bouche ? ❑ Excellent ❑ Bon ❑ Correct ❑ Mauvais

Ce qui compte pour vous, c'est : ❑ La fonction (pouvoir manger) ❑ Le confort ❑ L'absence de douleur ❑ être en bonne santé
❑ L'esthétique (avoir un beau sourire) ❑ Autre (précisez) :

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

- Si oui, lesquelles ? .....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? ❑ Pas du tout ❑ Un peu ❑ Moyennement ❑ Beaucoup

---

Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour une maladie des gencives ? Oui ❑ Non ❑

Y a-t-il des antécédents de maladie des gencives (parodontite, déchaussement…) dans votre famille ? Oui ❑ Non ❑

Vos gencives sont-elles douloureuses ou saignent-elles ? ❑ Non ❑ Oui → ❑ au brossage ❑ à la mastication ❑ spontanément

Avez-vous déjà remarqué une mauvaise odeur ou un gout désagréable dans votre bouche ? Oui ❑ Non ❑

Avez-vous des dents douloureuses ou sensibles ? ❑ Non ❑ Oui → ❑ au chaud ❑ au froid ❑ au sucre ❑ à la pression/mastication

Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ? Oui ❑ Non ❑

Pratiquez-vous une activité à risque pour vous dents ? (Plongée sous-marine, rugby, boxe…) Oui ❑ Non ❑

Vous arrive-t-il de vous ronger les ongles, croquer des glaçons ou des aliments durs, utiliser vos dents pour couper du fil ou des emballages, tenir des objets entre vos dents ou toute autre habitude sollicitant vos dents ? Oui ❑ Non ❑

Eprouvez-vous des difficultés à vous alimenter, à mâcher ou croquer certains aliments ? Oui ❑ Non ❑

Avez-vous remarqué des craquements, claquements ou une douleur lors de l'ouverture de votre bouche ? Oui ❑ Non ❑

Avez-vous constaté (ou vous a-t-on dit) que vous serrez ou grincez des dents ? ❑ Non ❑ Oui → ❑ Le jour ❑ La nuit

Avez-vous l'impression que votre mâchoire du bas est poussée en arrière quand vous serrez les dents du fond ? Oui ❑ Non ❑

Serrez-vous toujours les dents de la même manière (ou avez-vous plusieurs positions) ? Oui ❑ Non ❑

Vous respirez principalement : ❑ Par le nez ❑ Par la bouche

Présentez-vous l'un des symptômes suivants ? ❑ Fatigue/épuisement fréquents au réveil ❑ Somnolence(s) durant la journée
❑ Ronflement ❑ Sensation d'étouffement / difficultés respiratoire durant la nuit
❑ Des douleurs ou une fatigue au réveil au niveau des mâchoires et/ou de la tête ?

Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir la nuit ? Oui ❑ Non ❑

Votre brosse à dent est : ❑ Manuelle ❑ Electrique … et les poils de votre brosse sont : ❑ souples ❑ medium ❑ durs

Utilisez-vous : ❑ Du fil dentaire ❑ Des brossettes interdentaires ❑ un jet dentaire ❑ un gratte-langue ❑ Des bains de bouche

---

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui ❑ Non ❑

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

.....

.....

« J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales. »

« J'autorise le Docteur OYHANTO Jérémy à réaliser des photographies extra et intra buccales afin de compléter le dossier patient au sein du cabinet dentaire. »

Fait à Saint Porchaire, le __ __ /__ __ /__ __ __ SIGNATURE DU PATIENT :