

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé générale et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Toute L'équipe du cabinet dentaire CBK

Historique Médical

Nom :

Prénom :

Profession :

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

Nom de votre Médecin traitant :

A quand remonte votre dernier examen médical :

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui Non

1. Avez-vous eu un problème de santé au cours de cette année ? Oui Non

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Autre : |

2. Avez-vous des problèmes ou des antécédents ? Oui Non

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiaque : | <input type="checkbox"/> Digestif : |
| <input type="checkbox"/> Vasculaire : | <input type="checkbox"/> Dépression : |
| <input type="checkbox"/> Pulmonaire : | <input type="checkbox"/> Cancer : |
| <input type="checkbox"/> Rénale : | <input type="checkbox"/> VIH : Date de Diagnostic .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Diabète : Type | <input type="checkbox"/> Herpès / Zona : |
| <input type="checkbox"/> Hépatique : | <input type="checkbox"/> Ostéoporose : |
| <input type="checkbox"/> Sanguin : | <input type="checkbox"/> Apnée du Sommeil : Traité par : |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde : | <input type="checkbox"/> Autres : |

3. Avez-vous déjà subi une opération ? Oui Non

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Valve Cardiaque : | <input type="checkbox"/> Greffe : |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker / Stent / Pontage : | <input type="checkbox"/> Cancer : |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde : | <input type="checkbox"/> Orthopédique (Hanche / Genoux etc.) : |
| <input type="checkbox"/> Reins : | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Foie : | |

4. Avez-vous été traité à l'hôpital ? Oui Non

(Merci de renseigner le nom de l'établissement hospitalier ainsi que le service concerné)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dialyse : | |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie : | |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie : | |

5. Avez-vous déjà fait une allergie ? Oui Non

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique : | <input type="checkbox"/> Anesthésie : |
| <input type="checkbox"/> Bétadine : | <input type="checkbox"/> Anti inflammatoire : |
| <input type="checkbox"/> Latex : | <input type="checkbox"/> Codéine : |
| <input type="checkbox"/> Résine : | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Métal : | |

6. Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anti Agrégant | <input type="checkbox"/> Bisphosphonate : |
| o Kardégic | <input type="checkbox"/> Cortisone : |
| o Plavix | <input type="checkbox"/> Insuline |
| <input type="checkbox"/> Anti coagulant | <input type="checkbox"/> Allopurinol |
| o Eliquis | <input type="checkbox"/> Anxiolytiques |
| o Xarelto | <input type="checkbox"/> Anti Dépresseurs |
| o Coumadine | <input type="checkbox"/> Anti inflammatoire : |
| o Préviscan | <input type="checkbox"/> Anti Biotique : |
| o Sintrom | <input type="checkbox"/> Autres : |

7. Êtes vous fumeur : Oui Non

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si oui Combien de cigarette par jour : | <input type="checkbox"/> Depuis combien de temps : |
|---|--|

8. ♀ Femmes seulement : Êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ? Oui Non

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si oui nombre de semaines/mois : | |
|---|--|

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

.....

Historique Dentaire

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?.....

Quel est le motif de votre consultation

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

Si oui, lesquelles ?

GENCIVES

- Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui Non
- Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Oui Non
- Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ou un mauvais goût en bouche ? Oui Non
- Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui Non

Si oui, par : ◇ Chirurgie ◇ Médicaments ◇ Surfaçage

DENTS

- Avez-vous des dents sensibles ? Oui Non

Si oui, ◇ Chaud ◇ Froid ◇ Au Sucre ◇ A la mastication ?

- Avez-vous des dents extraites ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : ◇ Caries ◇ Infection ou abcès ◇ Déchaussement ◇ Dent incluse

- Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Si oui, par : ◇ Bridge fixe ◇ Implant ◇ Appareil mobile

Si non, pour quelle raison ?

MÂCHOIRES

- Avez-vous des difficultés à mâcher ou ne mâchez-vous que d'un seul côté ? Oui Non
- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non
- Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

- Utilisez-vous une brosse à dent DURE ◇ MOYENNE ◇ ou SOUPLE ◇ ?
- Quand vous brossez-vous les dents MATIN ◇ MIDI ◇ SOIR ◇ ?
- A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?
- Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes interdentaires ? Oui Non

HABITUDES

- Avez-vous eu par le passé ou avez-vous l'une des habitudes suivantes ?

◇ Succion du pouce ◇ Se ronger les ongles
◇ Se mordre la langue, la lèvre ou la joue ◇ Grignotage entre les repas
◇ Pratique de la plongée sous-marine ◇ Mâcher vos stylos ou vos lunettes
◇ Jouer un instrument musical à vent ◇ Consommation régulière d'agrumes

ESTHETIQUE

- Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non
- Vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non
- Aimerez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui Non
- Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

.....

DIVERS

- Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non
- Quelle est votre préoccupation principale concernant votre bouche ?

.....

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

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Autres remarques utiles :

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.

A, le / /

Signature du patient (ou tuteur légal)