

ETAT CIVIL

Noms Prénom :

Date de naissance : 01/01/2005

Situation de famille :

Tél. domicile : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Tél. portable : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

E-mail :

Mutuelle :CMU : Oui Non

RENSEIGNEMENTS UTILES

Comment nous avez-vous été adressés ?

Dentiste Patient Médecin Enseignant

Frère ou Sœur déjà patient Autre

Noms et Prénoms du Médecin Généraliste et du Dentiste Généraliste :

.....

Motif de consultation :

Quels bénéfices attendez-vous du traitement ?.....

HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Etes-vous actuellement en bonne santé ?

OUI NON

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?.....

Présentez-vous souvent des infections, rhumes, maux de gorge, otites, angines, etc.

OUI NON

Avez-vous présenté des troubles de croissance ?

OUI NON

Présentez-vous des problèmes influençant votre posture (lordose, pieds plats, autre) ? Si oui, les

quels ?.....

Avez-vous déjà été opéré des amygdales et/ou des végétations ?

OUI NON

Avez-vous d'autres antécédents chirurgicaux ?

Avez-vous eu des changements de votre état de santé depuis 1 an ?

OUI NON

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Syncopes | <input type="checkbox"/> Pbs Sanguins | <input type="checkbox"/> Pbs Rénaux |
| <input type="checkbox"/> Pbs Psychologiques | <input type="checkbox"/> Pbs nerveux (épilepsie, paralysie,...) | | |
| <input type="checkbox"/> Pbs respiratoires | <input type="checkbox"/> Pbs d'alimentation | <input type="checkbox"/> Autres : | |

Avez-vous déjà eu de graves réactions allergiques ?

OUI NON

Etes-vous allergique à un médicament ? Si oui, le quel ?

.....

Avez-vous déjà eu des réactions allergiques à un anesthésique chez le Dentiste ?

OUI NON

HISTORIQUE FONCTIONNEL

Avez-vous déjà été soigné en Orthodontie ? OUI NON

Etes-vous suivis par un Orthophoniste ? OUI NON

Avez-vous des difficultés à :

- Mastiquer OUI NON - Respirer OUI NON
- Avaler OUI NON - Parler OUI NON

Grincez-vous ou serrez-vous parfois des dents ? OUI NON

Ronflez-vous en dormant? OUI NON

Rongez-vous vos ongles ? OUI NON

Mordillez-vous vos joues ? OUI NON

Avez-vous sucé votre pouce ? OUI NON

Avez-vous sucé un objet ? (Mouchoir, drap, stylo ...) ? OUI NON

Présentez-vous d'autres habitudes buccales ? Si oui, les quelles :

Avez-vous reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? Si oui, quand ?.....

Souffrez-vous régulièrement de maux de tête ? OUI NON

Présentez-vous des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ?
 OUI NON

Vos mâchoires se bloquent-elles ? OUI NON

HISTORIQUE DENTAIRE

Avez-vous des abcès de la gencive ? OUI NON

Saignez-vous des gencives en vous brossant les dents ? OUI NON

Etes-vous sujet aux caries ? OUI NON

Avez-vous eu des dents définitives extraites ? OUI NON

A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?.....

A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?.....

Est-ce que vous mangez entre les repas ? OUI NON

Mangez-vous des sucreries (bonbons, sodas) ? OUI NON

Quand lavez-vous vos dents ?

Quoi que vous ayez mangé Après chaque repas
 Avant d'aller vous coucher Très irrégulièrement

Recevez-vous du fluor ? OUI NON

Si oui, comment ?

Par l'eau du robinet Par de l'eau en bouteille
 Par un dentifrice, un gel, ou un rinçage
 Par des gouttes ou des pastilles de fluor

Utilisez-vous une brosse à dent ? DURE MOYENNE SOUPLE

Utilisez-vous parfois le révélateur de plaque dentaire? OUI NON

Avez-vous reçu une information sur les études récentes concernant la plaque dentaire bactérienne ? OUI NON

Est-ce que vous pensez que quelque chose ne va pas avec vos dents ? OUI NON

Lors de vos précédentes visites chez le Dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, les quelles ?
.....

J'atteste l'exactitude de ce document. Je signalerai toute modification de mon état de santé et de mes prescriptions médicales.

Fait à

Date : /_/_/_/_/_/_/

NOM Prénom

SIGNATURE