

Strasbourg le / /

Docteur Alain AZUELOS
Chirurgien-Dentiste

Mme Melle Mr

Nom :

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

Prénom :

N° Sécurité Sociale : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _

Adresse :

Profession :

Tél. :

Email :

Port. :

Souhaitez-vous recevoir des lettres d'informations du Cabinet par mail ? Oui Non

Comment avez vous eu connaissance de nos coordonnées :

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre **médecin traitant** :

A quand remonte votre dernière visite chez votre médecin :

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

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : *(Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (<i>autre que dentaire</i>) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordre hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Œdème (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Trouble des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Autres maladies : |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

- Si oui, lesquels ?
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Autres : | |

Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

- Si oui, lesquels :
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine |

Avez-vous des **apnées du sommeil** ? Oui Non

Avez vous des ronflements nocturnes importants, ou des somnolences diurnes ? Oui Non

Etes-vous fumeur ? Oui Non

- Si oui, nombre de cigarette/jour :

Madame, Mademoiselle, • êtes-vous **enceinte** ? Oui Non

- Si oui, de combien de mois :

• Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

• Etes-vous ménopausée ? Oui Non

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 :

⇒Tourner SVP

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 ? Non

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 déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui Non

Si, oui par : Chirurgie Médicament Détartrage

• DENTS

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 : un bridge fixe un appareil mobile un implant

Si non, pour quelle raison ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ? Non

Si oui, lesquelles :

Avez-vous des dents sensibles : au chaud au froid au sucre aux acides à la mastication

• MÂCHOIRES

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

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? Oui Non

• HYGIENE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent ? dure moyenne 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 inter-dentaire ? Oui Non

• HABITUDES

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

succion du pouce se mordre la langue, la lèvre ou la joue jouer d'un instrument musical à vent

se ronger les ongles mâcher un crayon, lunettes ou un stylo croquer des cacahuètes ou des glaçons

• DENTISTERIE ESTHETIQUE

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non

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

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui Non

Si vous avez 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 vos dents ?

Idéalement qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? pas du tout un peu moyennement beaucoup

Autres remarques utiles :

Merci.

SIGNATURE :