

VOTRE ETAT CIVIL :

Nom: **Prénom**.....

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

Tél domicile:..... Tél portable.....

E-mail :@.....

Mutuelle:..... CMU : Oui / Non

RENSEIGNEMENTS UTILES :

Comment nous avez-vous été adressé ? *Dentiste / Patient / Médecin / Autre*

Nom Prénom de votre Dentiste:.....

Motif de consultation :

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

HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Taille :.....Poids :.....

Etes-vous fumeur/fumeuse ?.....OUI / NON

Etes-vous actuellement en bonne santé ?OUI / NON

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

Présentez-vous (ou avez-vous présenté) souvent des infections, rhumes, maux de gorge, otites, angines, etc. ?OUI / NON

Présentez-vous des problèmes influençant votre posture (lordose, pieds plats, autre) ?.....OUI / NON

Avez-vous des antécédents chirurgicaux ?.....OUI / NON

Avez-vous (ou avez-vous eu) des problèmes cardiaques ?.....OUI / NON

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

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

Asthme	Diabète	Hépatite	HIV	Rhumatismes
Syncopes	Pbs Sanguins	Pbs Rénaux	Pbs Psychologiques	Pbs nerveux (épilepsie, paralysie,...)
Pbs respiratoires	Pb d'alimentation	Autres :	Autres :	Autres :

ALLERGIES :

Avez-vous déjà eu de graves réactions allergie ?OUI / NON

Etes-vous allergique à un médicament ?.....OUI / NON

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

Avez-vous été suivi par un Orthophoniste ?.....OUI / NON

Avez-vous des difficultés à : MastiquerOUI / 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

Vous rongez-vous les ongles ?.....OUI / NON

Vous mordillez-vous les joues ?.....OUI / NON

Avez-vous sucé votre pouce ?.....OUI / NON

Présentez-vous d'autres habitudes buccales ?.....OUI / NON

Si oui, lesquelles :

Avez-vous reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ?OUI / NON

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 eu 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 ?.....

Utilisez-vous une brosse à dent : DURE / MOYENNE / SOUPLE

Utilisez-vous parfois le révélateur de plaque dentaire.....OUI / NON

Avez-vous déjà eu un sealant (vernis de protection des dents) ?.....OUI / NON

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

.....

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

Fait à

Date : / /

SIGNATURE