

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom : Date de naissance : / /

Adresse complète :

Profession :

Tél. domicile / Tél. portable :

Email :@.....

Médecin traitant / Tél. :

Numéro de sécurité sociale : CMU ? ☐ Non ☐ Oui

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? ☐ Parent ☐ Ami ☐ Docteur ☐ Internet ☐ Autre :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- | | |
|---|--|
| • Anémie : ☐ Non ☐ Oui | • Troubles des reins :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |
| • Epilepsie : ☐ Non ☐ Oui | • Ulcère à l'estomac : ☐ Non ☐ Oui |
| • Rhumatisme :
☐ Non ☐ Oui Précisez : | • Désordres hormonaux :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |
| • Glaucome : ☐ Non ☐ Oui | • Problèmes thyroïdiens : ☐ Non ☐ Oui |
| • Asthme : ☐ Non ☐ Oui | • Diabète : ☐ Non ☐ Oui |
| • Hépatite A, B ou C :
☐ Non ☐ Oui Précisez : | • Troubles articulaires (pose de prothèse) :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |
| • Syncopes, vertiges : ☐ Non ☐ Oui | • Diminution de l'audition : ☐ Non ☐ Oui |
| • Maladies cardiaques :
☐ Non ☐ Oui Précisez : | • Cancer :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |
| • Maladies cardiaques-valvulaires :
☐ Non ☐ Oui Précisez : | • Rhumes fréquents ou sinusites : ☐ Non ☐ Oui |
| • Problèmes nerveux / psychiatriques :
☐ Non ☐ Oui Précisez : | • Virus HIV : ☐ Non ☐ Oui |
| • Tension artérielle : ☐ Non ☐ Oui | • Maladies sexuellement transmissibles (MST) :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |
| • Tuberculose : ☐ Non ☐ Oui | • Maux de tête fréquents : ☐ Non ☐ Oui |
| • Crise de tétanie : ☐ Non ☐ Oui | • Problèmes oculaires :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |
| • Troubles sanguins / problèmes circulatoires :
☐ Non ☐ Oui Précisez : | • Autres maladies :
☐ Non ☐ Oui Précisez : |

ALLERGIES CONNUES

Aliments : ☐ Non ☐ Oui - Précisez :	Pénicilline : ☐ Non ☐ Oui	Aspirine : ☐ Non ☐ Oui
Anesthésique local : ☐ Non ☐ Oui	Latex : ☐ Non ☐ Oui	Antibiotique : ☐ Non ☐ Oui
Codéine : ☐ Non ☐ Oui	Métal non précieux : ☐ Non ☐ Oui	Anti-inflammatoire : ☐ Non ☐ Oui
Iode et produits dérivés : ☐ Non ☐ Oui	Sulfamides : ☐ Non ☐ Oui	Autres :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?
☐ Non ☐ Oui Précisez :

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?
☐ Non ☐ Oui Précisez :

Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?
☐ Non ☐ Oui Précisez :

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?
☐ Non ☐ Oui Médicaments :

Fumez-vous ?
☐ Non ☐ Oui Cigarettes par jour :

Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?
☐ Non ☐ 1 verre/mois ☐ 1 verre/semaine

☐ 1 verre/jour ☐ Plus : précisez :

Avez-vous déjà été traité contre l'alcoolisme ?
☐ Non ☐ Oui Date :

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de toxicomanie ?
☐ Non ☐ Oui

Type de drogue & fréquence :

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?
☐ Non ☐ Oui Opération & date :

Etes-vous enceinte ?
☐ Non ☐ Oui Accouchement le :

Allaitez-vous ?
☐ Non ☐ Oui

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dernière visite chez votre dentiste :
☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ + de 12 mois - précisez :

Actes effectués lors de votre dernière visite :
.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ?
☐ Non ☐ Oui

Vos dents de sagesse sont-elles sorties ?
☐ Non ☐ Oui

Vos dents de sagesse ont-elle été extraites ?
☐ Non ☐ Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?
☐ Non ☐ Oui Brossage, alimentation ?

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?
☐ Non ☐ Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?
☐ Non ☐ Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?
☐ Non ☐ Oui

Avez-vous déjà eu des prothèses articulaires ?
☐ Non ☐ Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives : ☐ Non ☐ Oui

Traitement d'orthodontie : ☐ Non ☐ Oui

Traitement de canal : ☐ Non ☐ Oui

Obturations (réparations) : ☐ Non ☐ Oui

Couronnes ou ponts : ☐ Non ☐ Oui

Prothèses complètes ou partielles : ☐ Non ☐ Oui

Implants dentaires : ☐ Non ☐ Oui

Autres - précisez : ☐ Non ☐ Oui

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie* ?

Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ? Nom de prédécent praticien :

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? ☐ Non ☐ Oui Précisez le type :

*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du patient :