

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Veillez remplir cette fiche dont les renseignements fournis (qui demeureront strictement confidentiels) peuvent être utiles à la conduite de votre traitement.

NOM : Prénom : né(e) le :

Adresse du domicile : ☎

Profession : N° de Sécurité Sociale :

Par qui êtes-vous adressé ?

Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu consulter ?

OUI NON Etat Général :

Etes-vous en bonne santé ?

Avez-vous présenté une maladie sérieuse au cours de l'année écoulée ?
- Laquelle ?

Etes-vous actuellement en traitement ?
- Nom et téléphone de votre médecin :

Etes-vous enceinte ?

Etes-vous fumeur ? Depuis quand ? Combien de cigarettes par jour ?

Consommez-vous de l'alcool ? Combien de verres par jour ? 1, 2 verres ou plus ?

Etes-vous atteint d'une affection cardiaque ? Depuis quand ?

- Nom et téléphone du cardiologue :

Etes-vous atteinte d'ostéoporose ?

Etes-vous diabétique ?

Avez-vous un ulcère à l'estomac ?

Avez-vous un rhumatisme articulaire aigu ?

Etes-vous sujet aux hémorragies ?

Vous faites-vous facilement des « bleus » ?

Avez-vous une tendance aux syncopes (évanouissements) ?

Avez-vous eu une hépatite à virus (jaunisse) ?

Avez-vous de l'asthme ?

Avez-vous subi un traitement aux rayons X ?

Avez-vous subi une chimiothérapie au cours des 3 dernières années ?

Souffrez-vous d'une affection des reins ? des poumons ?

Prenez-vous un régime sans sel ?

Avez-vous eu une maladie ou un problème dont vous pensez que je devrais être averti ?

Désirez-vous réaliser le test HIV ?

Prenez-vous l'un des médicaments suivants : Cortisone ? Di-Hydan ? β Bloquants ?

- Si oui, à quelle dose ?

Prenez-vous une médication anti-dépressive (I.M.A.O.) telle que :

- Marplan, Marsilid, Nardelzine, Neuralex, Niamide, Sursum, Tylciprine, Xi'Mao

Prenez-vous des anti-coagulants ? Aspégic Préviscan Plavil

Prenez-vous un traitement hormonal de substitution ?

Prenez-vous des bisphosphanates ? Bonviva Fosamax Didronel Actonel

Prenez-vous actuellement d'autres médicaments ?

- Lesquels ?

Présentez-vous une réaction allergique aux :

* Anesthésiques locaux ?

- Lesquels ?

* Pénicilline et autres antibiotiques ?

* Barbituriques, sédatifs ou somnifères ?

* Aspirine ?

* Anti-inflammatoires ?

* Cortisone ?

* Autres médicaments ou produits alimentaires ?

- Lesquels ?

* Avez-vous déjà eu une complication à la suite d'un traitement dentaire antérieur ?

OUI	NON	Etat loco-régional :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre bouche ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous gêné pour mastiquer vos aliments ?
Avez-vous l'habitude de consommer, journallement :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des sucreries (bonbons, chocolats, confitures, miel) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Des boissons acides (jus de fruits,...) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grincez-vous des dents ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous l'habitude de serrer les dents ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des douleurs dans les muscles de la mâchoire ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des craquements au niveau de l'articulation de la mâchoire (A.T.M.) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous l'habitude de mordre ou de tenir des objets entre vos dents, tels que crayon, pipe, clous, épingles, etc ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous subi un traitement de redressement dentaire (orthodontie) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous eu des traitements pour vos gencives ? - Lesquels ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vos dents vous paraissent-elles mobiles ? <input type="checkbox"/> « Déchaussées » ? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous l'impression qu'elles se déplacent ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vos gencives sont-elles sensibles ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignent-elles ?
		Quand vous brossez-vous les dents ?
		Quel type de brosse utilisez-vous ? Dure ? <input type="checkbox"/> Médium ? <input type="checkbox"/> Souple ? <input type="checkbox"/> En soie naturelle ? <input type="checkbox"/> En nylon ? <input type="checkbox"/>
		Combien de temps gardez-vous la même brosse à dents ? 1 mois ? <input type="checkbox"/> 2 mois ? <input type="checkbox"/> 6 mois ? <input type="checkbox"/> 1 an ? <input type="checkbox"/>
		Utilisez-vous habituellement : Du fil de soie dentaire ? <input type="checkbox"/> Des bâtonnets inter-dentaires ? <input type="checkbox"/> Des produits révélateurs de plaque bactérienne ? <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savez-vous ce qu'est le parodonte ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savez-vous ce qu'est la plaque dentaire ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Savez-vous ce qui crée le type de problème que vous présentez ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souhaitez-vous subir un test génétique permettant de déterminer votre susceptibilité à la maladie parodontale ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souhaitez-vous faire subir un test à vos enfants pour mettre en place un traitement préventif ?
Avez-vous l'impression :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D'avoir une mauvaise haleine ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D'avoir un mauvais goût dans la bouche ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous faites-vous détartre les dents régulièrement ? Tous les 6 mois ? <input type="checkbox"/> Tous les 1 an ? <input type="checkbox"/> Tous les 2 ans ? <input type="checkbox"/>
		Quel intérêt attachez-vous à la conservation de vos dents ? Très grand ? <input type="checkbox"/> Moyen ? <input type="checkbox"/> Peu d'intérêt ? <input type="checkbox"/>
		Pour conserver vos dents, êtes-vous prêt : A changer d'habitudes ? A faire le maximum d'efforts ?
		L'idée de porter une prothèse mobile vous effraie-t-elle ?
		Qu'est-ce qui vous importe de sauvegarder le plus ou de restaurer dans votre denture : - Est-ce la fonction (efficacité masticatoire) ? - Est-ce l'esthétique ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensez-vous être « négligent » pour vos dents ? - Pour quelle raison ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la pose d'implants est envisagée : - Pensez-vous avoir eu des informations complètes sur les implants, y compris sur le taux d'échecs ? Préférez-vous une solution implantaire ? <input type="checkbox"/> Ou une solution prothétique conventionnelle (bridge ou appareil amovible) ? <input type="checkbox"/>

Mon médecin est tenu au courant des actes que je dois subir dans votre cabinet. Je m'engage à vous informer de tout élément nouveau que je n'aurais pas mentionné ici.

Date : Signature :