

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