

**QUESTIONNAIRE MEDICAL ET DENTAIRE CONFIDENTIEL**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance .....

Adresse : .....

Tél. privé/ Portable : ..... Email : .....

Profession : ..... N° SS : ..... Poids : .....

**A quand remonte votre dernier RDV chez un dentiste ?** .....

**Avez-vous déjà rencontré des difficultés chez le dentiste ?** .....

**Quel est le motif de votre consultation ?** .....

Nom du médecin traitant ou spécialiste .....

Etes vous actuellement suivi/ traité pour :

- Le cœur
- HTA
- Prothèse valvulaire cardiaque
- Les poumons : embolie pulmonaire
- Phlébite
- Asthme
- Allergie
- Diabète/ votre diabète est il équilibré ?
- Foie
- Migraine/ Epilepsie
- Glaucome
- Rein, prostate, vessie
- Gynécologie
- Thyroïde
- Prothèse articulaire
- Hémophilie

**Quels sont vos traitements médicamenteux ?**

**Etes-vous allergique à des médicaments/ lesquels ?**

**Etes-vous allergique à l'iode, au latex, à certains aliments?**

Fumez-vous ? Depuis combien de temps

Date de votre dernier bilan sanguin et résultats

Prenez-vous une contraception orale ?    Etes-vous enceinte actuellement ?    Date prévue de l'accouchement

**Voulez-vous signaler un de vos problèmes de santé n'ayant pas été pris en compte dans ce questionnaire ?**

**DENTS**

Avez-vous eu un traitement orthodontique ?

Des dents de sagesse extraites ?

Vos dents sont-elles sensibles au froid / au chaud / au sucre / à la mastication / aux acides

A quels moments de la journée vous brossez-vous les dents ?

Quel type de dentifrice ? (marque)

Quel type de brosse à dents ? Souple  médium  dure  chirurgicale  électrique

Utilisez-vous des brossettes / du fil dentaire / des cure-dents /jet dentaire

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

GENCIVES
----------

Vos dents vous paraissent-elles mobiles /déchaussées ?

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

Avez-vous déjà été traité pour les gencives ?

Avez-vous du bourrage alimentaire ?

Avez-vous un mauvais goût dans la bouche au réveil ou l'impression d'avoir mauvaise haleine ?

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

MACHOIRES / SOMMEIL
---------------------

Avez-vous l'impression de serrer ou de grincer des dents la nuit ou le jour ?

Avez-vous des craquements aux articulations de la mâchoire ?

Portez-vous une gouttière ?

Ronflez vous ?

Etes vous reposé le matin au réveil ou vous sentez vous fatigué ?

Vous a t'on dit que vous arrêtiez de respirer pendant votre sommeil ?(apnée du sommeil)

*Comment avez-vous connu le cabinet ?*

J'atteste l'exactitude des renseignements fournis et n'avoir rien omis. Je signalerai toute modification concernant mon état de santé et traitement médicamenteux.

Date :

Fait à :

Signature :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8