

Questionnaire dentaire

Quelle est la raison de votre visite aujourd'hui ? _____

À quand remonte votre dernier examen et nettoyage? _____

Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience chez le dentiste ? **Oui** **Non**

Si oui, précisez : _____

Êtes-vous craintif/craintive face aux traitements dentaires ? **Oui** **Non**

Si oui, précisez : _____

Est-ce que quelque chose dans votre bouche vous inquiète ou vous préoccupe? **Oui** **Non**

Si oui précisez : _____

Ressentez-vous de la douleur en ce moment ? **Oui** **Non**

Si oui précisez : _____

À quelle fréquence vous brossez-vous les dents ? _____

Utilisez-vous la soie dentaire? **Oui** **Non** Si oui, à quelle fréquence ? _____

Est-ce que vos gencives saignent ? **Oui** **Non**

Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? **Oui** **Non**

Avez-vous l'impression d'avoir un mauvais goût en bouche ? **Oui** **Non**

Est-ce que vous ronflez la nuit ? **Oui** **Non**

Avez-vous un diagnostic d'apnée du sommeil ? **Oui** **Non**

Dormez-vous avec un CPAP ? **Oui** **Non**

Avez-vous de la sensibilité :

Au chaud **Oui** **Non** Si oui depuis : _____

Au froid **Oui** **Non** Si oui depuis : _____

À la mastication **Oui** **Non** Si oui depuis : _____

Avez-vous déjà eu l'un ou l'autre des traitements dentaires suivants ?

Orthodontie (broches) **Oui** **Non** Si oui, à quel moment ? _____

Traitement pour les gencives **Oui** **Non** Si oui, à quel moment ? _____

Chirurgie * **Oui** **Non** Si oui, à quel moment ? _____

*Précisez : _____

Questionnaire dentaire

Est-ce que l'un ou l'autre des points suivants vous préoccupe ?

La couleur de vos dents ? **Oui** **Non**

La forme de vos dents ? **Oui** **Non**

La position de vos dents ? **Oui** **Non**

Sur une échelle de 1 à 10, à quel point êtes-vous satisfait de l'apparence de votre sourire ?

(1 signifiant « pas du tout satisfait » et 10 « entièrement satisfait ») _____/10

Est-ce que votre mâchoire craque ou a déjà craqué ? **Oui** **Non**

Avez-vous l'impression de serrer ou de grincer des dents durant le jour ? **Oui** **Non**

Avez-vous l'impression de serrer ou de grincer des dents durant la nuit ? **Oui** **Non**

Ressentez-vous de la douleur ou des tensions au niveau de la mâchoire ? **Oui** **Non**

Vous arrive-t-il de souffrir de :

Maux de tête **Oui** **Non** Fréquence : _____ Depuis : _____

Migraines **Oui** **Non** Fréquence : _____ Depuis : _____

Tension au niveau du cou **Oui** **Non** Fréquence : _____ Depuis : _____

Acouphène **Oui** **Non** Fréquence : _____ Depuis : _____

Y a-t-il d'autres choses auxquelles vous aimeriez que nous portions une attention particulière ?

La partie suivante concerne seulement les patients porteurs de prothèses dentaires

Portez-vous une prothèse dentaire complète ? (*dentier*) **Oui** **Non** Depuis : _____

Portez-vous une prothèse dentaire partielle ? (*partiel*) **Oui** **Non** Depuis : _____

Etes-vous incommodé par de la nourriture qui se loge sous vos prothèses ? **Oui** **Non**

Avez-vous de la difficulté à mastiquer ou à manger certains aliments ? **Oui** **Non**

Si oui, lesquels ? _____

Sentez-vous que votre ou vos prothèses bougent ? **Oui** **Non**

Portez-vous votre prothèse durant le jour ? **Oui** **Non**

Portez-vous votre prothèse durant la nuit ? **Oui** **Non**

Votre visage a changé depuis que vous portez une prothèse ? **Oui** **Non**