

## HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE – Nouveau Patient - confidentiel

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
N° de tél : ..... Adresse mail : .....  
Profession : .....  
Médecin traitant : .....  
Par qui êtes-vous adressé au cabinet ? .....  
Motif de la consultation : .....

### HISTORIQUE MEDICAL

☺ Avez-vous **consulté votre médecin** dernièrement ? Oui  Non

Pour quelle affection ? .....

Date de votre dernier bilan sanguin ? .....

☺ Avez-vous des **problèmes de santé** ? Oui  Non  Lesquels ? .....

☺ Prenez-vous **actuellement des médicaments** ? Oui  Non

Lesquels : .....

Anticoagulants ? ..... Corticoïdes ? .....

Tranquillisants ? ..... Antidépresseurs ? .....

☺ **Quels antalgiques** prenez-vous habituellement ? .....

☺ Avez-vous eu, ou avez-vous ?

Une **maladie cardiaque** ? Oui  Non  Des **troubles de la tension artérielle** ? Oui  Non

Du **diabète** ? Oui  Non  Un traitement de **radio thérapie** ? Oui  Non

Des problèmes de **thyroïde** ? Oui  Non  Des **vertiges** ? Oui  Non  Des **malaises** ? Oui  Non

☺ Avez-vous subi des **interventions chirurgicales** ? Oui  Non

Si oui, lesquelles et quand ? : .....

☺ Avez-vous déjà subi une **anesthésie générale** ? Oui  Non  une **anesthésie locale** ? Oui  Non

Comment cela s'est-il passé ? .....

☺ **Saignez-vous longtemps** en cas de coupure ? Oui  Non

☺ Avez-vous facilement des **hématomes** (bleus) ? Oui  Non

des **oedèmes** ? Oui  Non

des **infections** ? Oui  Non

☺ Vous sentez-vous facilement **stressé** ? Oui  Non

☺ Avez-vous des **allergies** ? Oui  Non

○ Antibiotiques

○ Anesthésiques

○ Aspirine

○ Anti-inflammatoires

○ Codéine

○ Latex

○ Métal

○ Iode

○ Autre : .....

☺ Etes-vous **fumeur** ?  Oui  Non

Si oui, nombre de cigarettes/jour : ..... Depuis combien de temps ? .....

**Ancien fumeur** ? nombre de cigarettes/jour : ..... Combien de temps ? ..... Date arrêt ? .....

☺ Faites-vous du **sport** ? Oui  Non

☺ Madame, Mademoiselle :

• Etes-vous **enceinte** ou susceptible de l'être ? Oui  Non

• Prenez-vous actuellement la **pilule** ? Oui  Non

• Prenez-vous un traitement contre l'**ostéoporose** ou une autre maladie osseuse ? Oui  Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones  O Estrogènes  **Biphosphonates**

## HISTORIQUE DENTAIRE

☺ **Date de la dernière visite chez un dentiste ?** .....

Actes effectués ? .....

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, **avez-vous rencontré des difficultés particulières ?**

Si oui, lesquelles ? .....

Quelle est votre **préoccupation principale concernant vos dents ?**

.....

☺ **Aujourd'hui**, avez-vous : Une **gêne** ? Oui  Non

Une **douleur** ? Oui  Non

Un **problème esthétique** ? Oui  Non

Des **difficultés à mâcher** ? Oui  Non

Des **dents sensibles** ? Au chaud  Au froid  Au sucre  A la mastication

**Depuis combien de temps ?** .....

**Prenez-vous des antidouleurs ?** Oui  Non  Lesquels ? .....

☺ Utilisez-vous une **brosse à dent** Manuelle  Electrique

Dure  Moyenne  Souple

Matin  Midi  Soir

Quel **dentifrice** utilisez-vous ? .....

Utilisez-vous : le **fil dentaire**  ? des **brossettes interdentaires**  ? des cure-dents  ?

tous les jours  de temps en temps  jamais

☺ Vos gencives **saignent**-elles ? Oui  Non

Vos dents vous paraissent-elles ? **mobiles** ? Oui  Non

**déchaussées** ? Oui  Non

**se ont-elles déplacées** ? Oui  Non

Avez-vous **mauvaise haleine** ? Oui  Non

Avez-vous déjà eu un **traitement des gencives** ? (plus complet qu'un détartrage) Oui  Non

**Vos parents** ont-ils perdus leurs dents à cause d'un problème gingival ? Oui  Non

☺ Avez-vous eu un **traitement orthodontique** pour redresser vos dents ? Oui  Non

☺ Avez-vous des **dents extraites non remplacées** ? Oui  Non

Si oui, pour quelle raison ? .....

Etes-vous opposé à porter une prothèse mobile ? Oui  Non

☺ **Serrez-vous** ou **grincez-vous** des dents ? Oui  Non

**La nuit** ? Oui  Non  **Le jour** ? Oui  Non

Avez-vous des **craquements** à l'ouverture de la mâchoire ? Oui  Non

Avez-vous des **douleurs** de la face ? de la tête ? Oui  Non

☺ Aimeriez-vous avoir des **dents plus blanches** ? Oui  Non

☺ Etes-vous **anxieux** à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup

☺ **Etes vous favorable à la prévention** ? Oui  Non

Autres remarques utiles : .....

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. **Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.**

Bruguières, le .....Signature .....