

HISTORIQUE DENTAIRE



Prénom :	Nom :	Âge :
Référé par :	Comment qualifieriez-vous l'état de votre bouche?	☐ Excellent ☐ Bon ☐ Correct ☐ Médiocre
Dentiste précédent :	Pendant combien de temps avez-vous été son patient?	Mois/années
Date du plus récent examen dentaire :	Date des dernières radiographies :	Date du dernier traitement (autre qu'un nettoyage) :
Je vois régulièrement mon dentiste tous les :	☐ 3 mois ☐ 4 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ Pas régulièrement	
Quelle est votre préoccupation immédiate?		

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON :

☐ ☐ ☐ ☐ OUI NON

- Avez-vous peur des soins dentaires? À quel degré, sur une échelle de 1 (très peu) à 10 (énormément)?
- Avez-vous connu par le passé une expérience dentaire déplaisante?
- Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire?
- Avez-vous déjà rencontré des problèmes d'efficacité de l'anesthésie, ou fait des réactions à un anesthésique local?
- Avez-vous déjà eu des bagues, un traitement orthodontique ou un traitement d'ajustement de l'occlusion?
- Avez-vous déjà subi une extraction dentaire?

GENCIVES ET OS

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON :

☐ ☐ ☐ ☐ OUI NON

- Est-ce que vos gencives saignent ou font mal lorsque vous vous brossez les dents ou utilisez du fil dentaire?
- Avez-vous déjà reçu un traitement pour une maladie des gencives ou été informé que vous aviez perdu de l'os autour de vos dents?
- Avez-vous déjà remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche?
- Y a-t-il des antécédents de maladies parodontales dans votre famille?
- Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau des gencives?
- Avez-vous déjà eu des dents qui bougent (sans qu'il s'agisse d'un accident), ou avez-vous du mal à croquer dans une pomme?
- Avez-vous déjà éprouvé une sensation de brûlure dans la bouche?

STRUCTURE DES DENTS

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON :

☐ ☐ ☐ ☐ OUI NON

- Avez-vous eu des caries ces 3 dernières années?
- Avez-vous l'impression que vous ne salivez pas assez, ou éprouvez-vous de la difficulté à avaler des aliments?
- Sentez-vous ou voyez-vous des trous (petits cratères, irrégularités) à la surface de vos dents, à l'endroit où vous mordez?
- Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, aux sucreries? Y a-t-il une partie de votre bouche que vous évitez de broser?
- Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents, près de la ligne des gencives?
- Avez-vous déjà eu des dents cassées ou ébréchées, mal aux dents ou un plombage cassé?
- Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents?

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON :

☐ ☐ ☐ ☐ OUI NON

- Avez-vous des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire? (douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, claquements...)
- Avez-vous l'impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez?
- Éprouvez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, à manger des carottes, des noix, des bagels, de la baguette, des barres protéinées ou tout autre aliment dur et sec?
- Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années? Vous paraissent-elles plus courtes, plus fines ou usées?
- Vos dents sont-elles moins bien alignées qu'avant? Est-ce qu'elles se chevauchent?
- Avez-vous l'impression que vos dents sont plus espacées ou qu'elles sont moins solidement attachées?
- Devez-vous déplacer votre mâchoire ou faire des efforts spécifiques pour que vos dents s'emboîtent?
- Placez-vous votre langue entre vos dents ou fermez-vous vos dents contre votre langue?
- Vous arrive-t-il de croquer des glaçons, de vous ronger les ongles, de tenir des objets avec vos dents?
- Avez-vous d'autres habitudes spécifiques à ce niveau?
- Serrez-vous les dents pendant la journée? Vous arrive-t-il de vous faire mal?
- Avez-vous des problèmes de sommeil (agitation, par exemple) vous arrive-t-il de vous réveiller avec un mal de tête ou une impression étrange au niveau des dents?
- Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir la nuit?

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON :

☐ ☐ ☐ ☐ OUI NON

- Y a-t-il quoi que ce soit sur l'apparence de vos dents que vous aimeriez changer?
- Vous êtes-vous déjà blanchi les dents?
- Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise à propos de l'apparence de vos dents?
- Avez-vous déjà été déçu par un travail sur vos dents, par le passé?

Signature du patient :

Date :

Signature du dentiste :

Date :

ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX

Nom du patient :

Âge :

Nom du médecin/spécialité :

Quel est votre état de santé général, selon vous?

Excellent

Bon

Correct

Médiocre

Examen physique le plus récent :

But :

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU :

OUI NON

OUI NON

1. une hospitalisation pour maladie ou blessure
2. une réaction allergique à :
l'aspirine, l'ibuprofène, l'acétaminophène, la codéine
la pénicilline
l'érythromycine
la tétracycline
au sulfite
un anesthésique local
au fluorure
à des métaux (nickel, or, argent)
au latex
autres, spécifiez :
3. des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les derniers 6 mois
4. des antécédents d'endocardite infectieuse
5. une valvule artificielle, une anomalie cardiaque réparée (PFO)
6. un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur implantable
7. un implant orthopédique (arthroplastie)
8. une fièvre rhumatismale ou la scarlatine
9. une pression sanguine trop basse ou trop élevée
10. un accident vasculaire cérébral (prescription d'anticoagulants)
11. une anémie ou autre maladie du sang
12. des saignements prolongés suite à une légère coupure (INR > 3,5)
13. un emphysème, un essoufflement, une sarcoïdose
14. la tuberculose, la rougeole, la varicelle
15. de l'asthme
16. des problèmes de respiration, de sommeil (apnée du sommeil, ronflements, sinus)
17. une maladie rénale
18. une maladie du foie
19. jaunisse
20. une maladie de la thyroïde, parathyroïdienne ou une carence en calcium
21. une déficience hormonale
22. un taux de cholestérol élevé ou prise de statines
23. un diabète (HbA1c =)
24. un ulcère de l'estomac ou du duodénum
25. des troubles digestifs (reflux gastriques, maladie coeliaque)
26. une ostéoporose (prise de bisphosphonates)

27. de l'arthrite
28. une maladie auto-immune (polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodémie)
29. un glaucome
30. des lentilles de contact
31. des blessures à la tête ou au cou
32. de l'épilepsie, des convulsions (crises d'épilepsie)
33. des troubles neurologiques (TDA/TDAH, maladies à prions)
34. des infections virales et de l'herpès labial
35. des ganglions dans la bouche
36. de l'urticaire, une éruption cutanée, le rhume des foins
37. une maladie transmise sexuellement
38. une hépatite (type)
39. VIH/SIDA
40. une tumeur, une excroissance anormale
41. de la radiothérapie
42. de la chimiothérapie, des médicaments immunosuppresseurs
43. des difficultés émotionnelles
44. des traitements psychiatriques
45. des médicaments antidépresseurs
46. un problème d'alcool/de drogues

VOUS ÊTES / AVEZ :

OUI NON

47. actuellement soigné pour une autre maladie
48. conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières 24 heures (fièvres, frissons, toux, diarrhée)
49. un traitement pour vous aider à gérer votre poids
50. des compléments alimentaires
51. souvent épuisé ou fatigué
52. des maux de tête fréquents
53. fumeur, vous avez déjà fumé ou vous utilisez du tabac sans fumée
54. considéré comme une personne sensible/susceptible
55. souvent malheureux ou déprimé
56. FEMME - un traitement contraceptif hormonal (pilule)
57. FEMME - enceinte
58. HOMME - des troubles de la prostate

Décrire tout traitement médical en cours, acte chirurgical imminent, retard de développement/génétique ou autres traitements pouvant affecter votre traitement dentaire. (Botox, injections de collagène, par exemple)

Liste de tous les médicaments, compléments et/ou vitamines pris au cours des deux dernières années.

Médicament	But	Médicament	But

VEUILLEZ NOUS AVISER À L'AVENIR DE TOUT CHANGEMENT DE VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.

Signature du patient :

Date :

Signature du dentiste :

Date :





QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

MAISON

BUREAU

CELLULAIRE

Courriel :

Dentiste référant :

Médecin de famille :

ASSURANCE DENTAIRE

Nom de la compagnie d'assurance :

Nom de l'assuré :

Date de naissance de l'assuré :

Groupe :

Certificat :

Date :

Signature :