

Nom du patient : Prénom : Date de naissance
Email : Téléphone :/...../...../.....
Profession :

HISTORIQUE MEDICAL

Avez-vous eu des changements de santé depuis un an ? Oui. Non
Avez-vous été hospitalisé(e) depuis 5 ans ? Oui. Non

Médecin traitant : Nom : Téléphone :/...../...../.....

Historique médical :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Virus HIV |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Trouble des reins |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Ulcère |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoire | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'audition | <input type="checkbox"/> Prothèse (non dentaire) | |

Divers :

Avez-vous eu au cours d'une intervention chirurgicale, d'une extraction ou d'un accident, un saignement anormalement prolongé ?
Oui. Non

Traitements médicamenteux :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension | <input type="checkbox"/> Antidépresseur |
| <input type="checkbox"/> insuline | <input type="checkbox"/> Traitement du cholestérol | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> autres : | | |

Allergies :

Avez-vous eu de graves réactions allergiques : Oui. Non

Êtes-vous allergique à l'un des produits suivants :

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique | <input type="checkbox"/> Iode | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Codéine |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires | <input type="checkbox"/> Neuroleptique | |
| <input type="checkbox"/> Autres | | |

Historique dentaire

Quel est le motif de votre consultation ?.....
De quand date votre dernière visite ?.....

Hygiène dentaire :

Utilisez-vous une brosse à dents : dure moyenne souple
Utilisez-vous régulièrement du fil dentaire ou des bossettes inter dentaire Oui. Non

Dentisterie esthétique :

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?
Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?
Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?
Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous
changer ?.....

Mâchoires :

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui. Non
Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? Oui. Non
Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez ou fermez la bouche ? Oui. Non
Avez-vous souvent des maux de tête, des douleurs dans les tempes, ou la nuque ? Oui. Non

Gencives :

Vos gencives saignent-elle après le brossage, voire spontanément ?
Avez-vous des dents mobiles ?
Vos gencives sont-elles parfois sensibles ?
Avez-vous parfois mauvaise haleine ou un mauvais gout ?

Dents :

Les dents extraites chez vous ont-elles été remplacées ? Oui. Non
Si oui : par un bridge par des implants par un prothèse amovible
Si non, pour quelle raison ?.....
Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?.....

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

Fait à Le..... Signature :