

HISTORIQUE DENTAIRE

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? _____

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON:

OUI NON

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS



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

GENCIVES ET OS



7. Est-ce que vos gencives saignent ou vous font mal lorsque vous vous brossez les dents ou utilisez du fil dentaire? _____
8. Avez-vous jamais reçu un traitement pour une maladie des gencives ou été informé que vous aviez perdu de l'os autour de vos dents? _____
9. Avez-vous déjà remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche? _____
10. Y a-t-il des antécédents de maladies parodontales dans votre famille? _____
11. Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau des gencives? _____
12. 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)? _____
13. Avez-vous éprouvé une sensation de brûlure dans la bouche? _____

STRUCTURE DES DENTS



14. Avez-vous eu des caries ces 3 dernières années? _____
15. Avez-vous l'impression que vous ne salivez pas assez, ou éprouvez-vous des difficultés à avaler des aliments? _____
16. Sentez-vous ou voyez-vous des trous (petits cratères, irrégularités) à la surface de vos dents, à l'endroit où vous mordez? _____
17. 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? _____
18. Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents, près de la ligne des gencives? _____
19. Avez-vous déjà eu des dents cassées ou ébréchées, mal aux dents ou un plombage cassé? _____
20. Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents? _____

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE



21. Avez-vous des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire? (douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, claquements...) _____
22. Avez-vous l'impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez? _____
23. 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? _____
24. Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années? Vous paraissent-elles plus courtes, plus fines ou usées? _____
25. Vos dents sont-elles moins bien alignées qu'avant? Est-ce qu'elles se chevauchent? _____
26. Avez-vous l'impression que vos dents sont plus espacées ou qu'elles sont moins solidement attachées? _____
27. Devez-vous déplacer votre mâchoire ou faire des efforts spécifiques pour que vos dents s'emboîtent? _____
28. Placez-vous votre langue entre vos dents ou fermez-vous vos dents contre votre langue? _____
29. 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? _____
30. Serrez-vous les dents pendant la journée? Vous arrive-t-il de vous faire mal? _____
31. 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? _____
32. Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir la nuit? _____

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE



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

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Nom du patient _____ Âge _____

Nom du médecin/spécialité _____

Examen physique le plus récent _____ But _____

Quel est votre état de santé général, selon vous? Excellent Bon Correct Médiocre

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 _____

3. des problèmes cardiaques, ou un stent cardiaque dans les six derniers 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 ou 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 gastrique, maladie coeliaque) _____

26. une ostéoporose (prise de bisphosphonates) _____

27. de l'arthrite _____

28. une maladie auto-immune _____

(polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie)

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 foies _____

37. 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:

47. actuellement soigné pour une autre maladie _____

48. conscient d'un changement survenu dans votre santé durant les dernières

24 heures (fièvre, frissons, toux ou 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/géné que 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 DANS VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU LES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ.

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____

ASA (1-6)

