

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Cher(e) Patient (e),

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Docteur Alain COUNAS.

Nom du Patient : **Prénom :**

Date de Naissance :/...../..... **Lieu de Naissance :** **Profession :**

N° Sécurité sociale :

HISTORIQUE MÉDICAL - QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Avez-vous eu des changements de votre état de santé depuis un an ? oui non

2. Avez-vous été hospitalisé(e) depuis 5 ans ? oui non

Médecin traitant si nécessaire NOM :

HISTORIQUE DE VOS MALADIES OU DE VOS PROBLÈMES DE SANTÉ

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anémies | <input type="checkbox"/> Glaucome.... | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Hémophilie | Si oui, laquelle : |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque (RAA) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Bruit dans les oreilles | <input type="checkbox"/> Légionellose | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Crise de tétanie | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac |
| <input type="checkbox"/> Diminution de l'audition | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Autres maladies : |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie, convulsions | | |

DIVERS

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

Êtes vous fumeur ? Oui Non si oui combien par jour

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX PRIS PAR LE PATIENT

Prenez-vous actuellement l'un des traitements suivants ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Tranquillisant ou anti-dépresseur |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Cortisone | |

Avez-vous déjà eu un traitement aux biphosphonates (anti résorptif osseux) ? Oui Non

- Zométa Arédia Brondanate Fosavance Bonviva Didronel Actonel Clastaban Lytos
 Sutent Avastin Steovess Denosumab

ALLERGIES :

Avez-vous déjà eu de graves réactions d'allergie ? Non Oui

Êtes-vous allergique à l'un des produits suivants (merci de cocher le(s) produit(s) concerné(s))

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline ou autre antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine ou Paracétamol |
| | | <input type="checkbox"/> Autres : |

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ? Non Oui, Lesquels

LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT AUX FEMMES UNIQUEMENT :

- Êtes-vous enceinte ? Non Oui, depuis combien de mois :
- Combien de fois avez-vous été enceinte ? Fois.
- Prenez-vous actuellement la pilule ? Non Oui
- Êtes-vous ménopausée ? Non Oui

HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif de votre consultation ?

.....
.....

GENCIVES

	OUI	NON
Avez-vous déjà eu mauvaise haleine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous les dents mobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos gencives sont-elles souvent douloureuses ou sensibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÂCHOIRES

	OUI	NON
Avez-vous de fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles, dans les tempes ou dans le cou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIVERS

	OUI	NON
Lors de vos précédentes visites chez le Dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ?

Autres remarques utiles :

REMARQUE : En cas d'empêchement, nous vous prions de bien vouloir nous prévenir au minimum 48 heures à l'avance, afin de permettre à un autre patient souffrant d'être soigné.

Fait à

Date : / /

SIGNATURE