

Docteur Thierry Cohen

Chirurgien - dentiste

D.U. d'Anthropologie et
D.U. d'Odontologie médico-légale
D.U. D'Implantologie



Mme Melle Mr : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone domicile : _____

_____ Téléphone mobile : _____

_____ fax : _____

_____ Adresse e-mail : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Profession : _____

Comment avez-vous connu notre cabinet ? : _____

HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant : _____

A quand remonte votre dernier examen médical : _____

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui Non

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"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Autres maladies : |

126, avenue Jean Monnet - le Rossini - 13127 VITROLLES
Téléphone : 04.42.89.40.48

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

• Si oui, lesquels : _____

◇ Antibiotiques

◇ Antihistaminique

◇ Tranquillisant

◇ Aspirine

◇ Traitement pour la tension artérielle

◇ Cortisone

◇ Insuline

◇ Autres : _____

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

• Si oui, lesquels : _____

◇ Anesthésique local chez le Dentiste

◇ Iode et produits dérivés

◇ Métal

◇ Antibiotique

◇ Latex

◇ Barbituriques

◇ Anti-inflammatoire ou aspirine

◇ Neuroleptique ou somnifère

◇ Codéine

Etes-vous fumeur ? Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour : _____

Madame, Mademoiselle :

○ Êtes-vous enceinte ? Oui Non

• Si oui, de combien de mois : _____

○ Avez-vous un moyen de contraception ? Oui Non

• Si oui, lequel : _____

○ Êtes-vous ménopausée ? Oui Non

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué au dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ?

Si vous pensez 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, merci de le préciser ici :

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Quel est le motif de votre consultation ?

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

Si oui, lesquelles ?

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?

Oui Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

Oui Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?

Oui Non

Si oui, par : ◇ Chirurgie ◇ Médicaments ◇ Détartrage

DENTS

Avez-vous des dents extraites ?

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : ◇ Caries ◇ Infection ou abcès ◇ Déchaussement ◇ Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ?

Oui Non

Si oui, par : ◇ un Implant ◇ un appareil mobile ◇ un bridge fixe

Si non, pour quelle raison ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Avez-vous des préférences particulières concernant l'utilisation des métaux en bouche ?

Oui Non

Si oui, lesquelles:

Avez-vous des dents sensibles : ◇ Au chaud ◇ au froid ◇ au sucre ◇ aux acides ◇ à la mastication ◇ ?

MÂCHOIRES

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ?

Oui Non

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Oui Non

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ?

Oui Non

Mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ?

Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent

◇ DURE

◇ MOYENNE

◇ SOUPLE ?

Quand vous brossez-vous les dents

◇ MATIN

◇ MIDI

◇ SOIR ?

À quel rythme changez-vous de brosse à dents ? _____ Par an.

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter dentaires ?

Oui Non

HABITUDES

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

- | | |
|--|--|
| ◇ Succion du pouce | ◇ Se mordre la langue, la lèvre ou la joue |
| ◇ Jouer d'un instrument musical à vent | ◇ Se ronger les ongles |
| ◇ Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo | ◇ Croquer des cacahuètes ou des glaçons |

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ? | | |

DIVERS

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

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

- ◇ Pas du tout ◇ Un peu ◇ Moyennement ◇ Beaucoup

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.

Vitrolles, le / /

SIGNATURE :