Cabinet Dentaire
DR Laurence Gazel Sarrazin
et DR Manon Ferrier

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

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

Afin de vous soigner en toute sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé générale 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.

DR Laurence Gazel Sarrazin et DR Manon Ferrier et leur équipe.

© GEB

Mme □ Melle □ Mr □ Nom:		Date de	e naissance :	/	
Prénom :					
Profession:	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				
HISTORIQUE MEDICAL					
Nom de votre Médecin traitant :					
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).					
 ♦ Antidépresseurs ♦ Asthme ♦ Chirurgie esthétique ♦ Désordres hormonaux ♦ Diabète ♦ Glaucome ♦ Hépatite A, B ou C ♦ Lésions cardiaques congénitales ♦ Ulcères à l'estomac 	♦ Mal ♦ Mal ♦ Mal ♦ Œd ♦ Perf ♦ Prob	adie du foie adies cardiaques adies du sang adies vénériennes èmes (gonflements) emaker es de connaissance blèmes circulatoires blèmes nerveux	 ◇ Prothèses (autres que dentaires) ◇ Rhumatisme Articulaire Aigu ◇ Séropositivité HIV ◇ Sinusites répétées ◇ Syncopes, vertiges ◇ Thyroïde ◇ Troubles des reins ◇ Tumeur maligne ◇ Autres maladies : 		
Avez-vous déjà eu un saignemer ou d'un accident?	nt anor	mal au cours d'une	intervention	Oui□ Non□	
Avez-vous subi un traitement par radiations?				Oui□ Non□	
Prenez-vous des médicaments en ce moment ? • Si oui, lesquels :				Oui□ Non□	
♦ Antibiotiques♦ Aspirine♦ Insuline	♦ Trait	histaminique tement pour la tension res :		♦ Tranquillisant♦ Cortisone	
Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui ☐ Non ☐ • Si oui, lesquels :					
 ♦ Anesthésique local chez le Dentiste ♦ Antibiotique ♦ Anti-inflammatoire ou aspirine 		◇ lode et produits dérivés◇ Latex◇ Neuroleptique ou somnifère		◇ Métal◇ Barbituriques◇ Codéine	
Etes-vous fumeur ? • Si oui, nombre de cigare	ttes /jc	our :		Oui □ Non □	
Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? • Si oui, de combien de mois :			Oui 🗆 Non 🗆		
 Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ? Oui □ Non □ Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? □ Hormones □ Œstrogènes □ Biphosphonates 					
Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste cidessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :					

© GEB 2/4

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 difficu Si oui, lesquelles ?	•
GENCIVES Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Si oui, par : Chirurgie Médicaments Détartraç	Oui □ Non □ Oui □ Non □
DENTS Avez-vous des dents extraites ? Oui □ Non □ Si oui, pour quelles ◇ Caries ◇ Infection ou abcès ◇ Déchaussement ◇ Dent incluse	
Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui □ Non □ Si oui, par : ◇ un bridge fixe ◇ un appareil mobile ◇ un Implant Si non, pour quelle raison ?	
Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?	
Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préfére Oui 🗆 Non 🗆	·
Si oui, lesquelles:	
Avez-vous des dents sensibles : Au chaud \diamondsuit au froid \diamondsuit au sucre \diamondsuit aux acides \diamondsuit ou à la mastication \diamondsuit ?	
MÂCHOIRES Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ?	Oui Non Oui Non Oui Non
HYGIÈNE DENTAIRE Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE ou SOUPLE ? Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR ? A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui [⊐ Non □

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

♦ Succion du pouce ♦ Jouer d'un instrument ♦ Mâcher un crayon, vos musical à vent ♦ Se mordre la langue, la lunettes ou un stylo

♦ Se ronger les ongles lèvre ou la joue ♦ Croquer des cacahuètes ou

des glaçons

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ?

Oui□ Non□

© GEB 3/4

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?	Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non			
Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?				
DIVERS				
Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui □	Non□			
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 ?				
Comment avez-vous connu le cabinet ?				
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.				
Ville, le / /				

© GEB

Signature du praticien

Signature du patient (ou tuteur légal)