

**Madame, Mademoiselle, Monsieur, la connaissance de votre état de santé nous conduit à adapter notre attitude thérapeutique à chaque cas particulier. C'est pourquoi nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ce document en le remplissant. Le questionnaire est confidentiel et soumis au secret professionnel.**

## **QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT (Confidentiel)**

**Ce questionnaire médical et confidentiel est destiné à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans votre dossier patient.**

Mme  Mr

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Profession :

Adresse mail:

Téléphone:

### **MEDECIN TRAITANT**

Nom de votre Médecin traitant :

Numéro de téléphone:

### **AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES DE SANTE ?**

**(Cochez la case correspondante et précisez lesquels et depuis combien de temps)**

Troubles Cardiovasculaires

Allergies

Troubles rénaux

Troubles hormonaux

Troubles digestifs

Diabète

Troubles hépatiques (si hépatite précisez A,B ou C)

Trouble sanguin

Troubles nerveux

Troubles oculaires

Problème osseux ou articulaires

Troubles broncho-pulmonaire  Problèmes ORL

Cancers

Troubles cutanés :  Seropositivité HIV

Autres maladies :

### **SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT ?**

Oui  Non

· Si oui, lequel :

Avez-vous déjà été traité par radio/chimiothérapie ?

### **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

Avez-vous eu récemment de signes grippaux ou fébriles ? Avez-vous été en contact avec une personne ayant contracté le COVID-19 ? Depuis combien de jours ? oui non

Etes-vous enceinte ?

Allaitez-vous ?

· Si oui, de combien de mois :

Etes-vous fumeur ?

· Si oui, nombre de cigarettes /jour :

## **QUESTIONNAIRE DENTAIRE**

### **MOTIF DE CONSULTATION**

Quel est le motif de votre consultation ?

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

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

Si oui, lesquelles ?

## AVEZ-VOUS ETE ADRESSE ET/OU RECOMMANDE PAR

un parent     un ami     un dentiste     internet     autre :

## GENCIVES

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

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

Si oui, par :             Chirurgie             Médicaments             Détartrage

## DENTS

Avez-vous des dents manquantes ?  ▼

Les dents extraites ont-elles été remplacées ?  ▼

Si oui, par :     Un bridge fixe             Un appareil mobile             Un Implant

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Avez-vous des dents sensibles ?  Au chaud     Au froid     Au sucre     Aux acides     A la mastication

## HYGIÈNE DENTAIRE

Quel type de brosse à dent utilisez vous ?  DURE             MOYENNE     SOUPLE

Utilisez-vous  du fil dentaire     des brossettes inter-dentaires     un jet dentaire ?

## ESTHÉTIQUE

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?  ▼

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique ?  ▼

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

**ETES-VOUS ANXIEUX A L'IDEE DE REALISER DES SOINS DENTAIRES ?**

Pas du tout     Un peu     Moyennement     Beaucoup

Autres remarques utiles :

Merci de votre collaboration.