

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE :

- Vos dents sont-elles toutes de la même couleur? Oui Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents? Oui Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous souriez ? Oui Non
- Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?
.....

DIVERS:

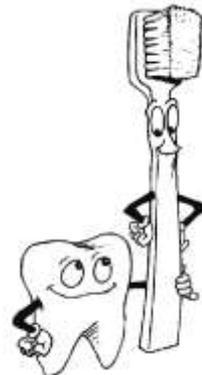
- Avez-vous eu un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non
- Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?
- Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?
- Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?
 Beaucoup Moyennement Un peu Pas du tout
- Au fauteuil, pendant les soins, souhaitez-vous que le Dr RIBES vous explique ses gestes ?
 Oui Non
- Autres remarques utiles ?

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

A Limoux, le .../.../.....

Signature :



Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
N° Sécurité sociale: Mutuelle :
Profession :
Poids : Taille :
Comment avez-vous connu le cabinet ?
 Recommandation Médecin traitant Proximité Autre

HISTORIQUE MÉDICAL

- Nom de votre médecin traitant ?
- A quand remonte votre dernier examen médical?
- Êtes-vous fumeur ? Oui Non
Si oui combien de cigarettes par jour ?
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? Oui Non
Si oui, quand et pourquoi ?
- Pour les femmes: êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? Oui Non
Si oui, date prévue de l'accouchement ?
- Avez-vous ou avez-vous eu un problème figurant dans la liste suivante ?
Cochez la ou les case(s) correspondante(s) :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Hépatite A, B ou C | <input type="radio"/> Œdèmes |
| <input type="radio"/> Asthme | <input type="radio"/> Hypertension artérielle | <input type="radio"/> Ostéoporose |
| <input type="radio"/> Cancer | <input type="radio"/> Maladie cardiaque | <input type="radio"/> Pertes de connaissance |
| <input type="radio"/> Chirurgie esthétique | <input type="radio"/> Maladie du foie | <input type="radio"/> Problèmes nerveux |
| <input type="radio"/> Crise de tétanie | <input type="radio"/> Maladie du nez/gorge/oreille | <input type="radio"/> Syncopes |
| <input type="radio"/> Convulsions | <input type="radio"/> Maladie de la peau | <input type="radio"/> Vertiges |
| <input type="radio"/> Dépression | <input type="radio"/> Maladie des reins | <input type="radio"/> Séropositivité |
| <input type="radio"/> Désordres hormonaux | <input type="radio"/> Maladie respiratoire | <input type="radio"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> Maladie du sang | <input type="radio"/> Ulcère à l'estomac |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Maladie de la thyroïde | |
| <input type="radio"/> Glaucome | <input type="radio"/> Maladie des yeux | |

Autres maladies non répertoriées :

Avez-vous ou avez-vous eu un traitement de la liste suivante ?

Cochez la ou les case(s) correspondante(s) :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Chimiothérapie | <input type="radio"/> Hormone de croissance | <input type="radio"/> Régime particulier |
| <input type="radio"/> Chirurgie cardiaque | <input type="radio"/> Insuline | <input type="radio"/> Sérologie VIH positive |
| <input type="radio"/> Chirurgie cérébrale | <input type="radio"/> Pacemaker | <input type="radio"/> Stérilet |
| <input type="radio"/> Dialyse | <input type="radio"/> Prothèse de la hanche | <input type="radio"/> Rayons X |
| <input type="radio"/> Examen sanguin récent | ou <input type="radio"/> Prothèse du genou | <input type="radio"/> Ostéoporose |
| <input type="radio"/> Greffe dure-mère | <input type="radio"/> Radiothérapie | <input type="radio"/> Transfusion |

MEDICAMENTS :

•Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui lesquels ?

.....

•Etes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

Si oui lesquels ?

.....



HISTORIQUE DENTAIRE



- A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ?
- Lors de vos précédentes visite chez le dentiste avec-vous rencontré des difficultés particulières ?
- Quel est le motif de votre consultation ?
- Etes-vous sujet aux nausées?

GENCIVES :

•Pensez-vous que vos dents se sont écartées? Oui Non

•Vos gencives saignent-elles lors du brossage? Oui Non

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

Si oui, comment ?

DENTS :

•Avez-vous des dents extraites ? Oui Non

Si oui pour quelles raisons?

•Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Si oui par : Un bridge fixe Un appareil mobile Un implant

Si non pour quelles raisons ?

•Vous sentez-vous bien avec vos prothèses actuelles ? Oui Non

Si non pour quelles raisons ?

Avez-vous des préférences pour les métaux utilisés dans votre bouche ?

Lesquels ?

•Avez-vous des dents sensibles ? Oui Non

Si oui : Au chaud Au froid Au sucre Aux acides

A la mastication

MACHOIRES :

•Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non

•Avez-vous des bruits ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non

•Avez-vous des difficultés à mâcher ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE :

•Utilisez-vous une brosse à dent ? Dure Moyenne

Souple

•Quand vous brossez-vous les dents ? Matin Midi Soir

•Faites-vous des bains de bouche ? Régulièrement Rarement

Jamais

•Utilisez-vous le fil dentaire ou les brossettes? Oui Non

•Utilisez-vous l'hydropulseur ? Oui Non

HABITUDES :

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

Croquer des glaçons Se mordre la lèvre, la joue

Jouer d'un instrument musical à vent Se ronger les ongles

Mâcher un crayon, vos lunettes, un stylo Succion du pouce

•Pratiquez-vous un sport et lequel ?

.....

•Etes-vous sujet aux ronflements ? Oui Non