

## Questionnaire médical et dentaire

CES INFORMATIONS SONT NECESSAIRES ET RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance.....

Adresse mail : .....@..... Profession : .....

### Questionnaire médical

Nom de votre médecin traitant : .....

A quand remonte votre dernière visite chez 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 :

- Diabète
- Asthme
- Cancer
- Dépression
- Maladies cardiaques
- Problèmes circulatoires
- Hypertension artérielle
- Maladies du sang
- Hépatite A B ou C
- Séropositivité HIV
- Trouble des reins
- Problèmes nerveux
- Rhumatisme Articulaire Aigu
- Ostéoporose
- Thyroïde
- Glaucome
- Ulcère à l'estomac
- Prothèses (hanche, épaule, genou)
- Autres, précisez .....

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? .....

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? .....

Êtes-vous fumeur ?  Oui  Non  
Si oui, depuis combien de temps : ..... Nombre de cigarettes/jour : .....

Madame, êtes vous enceinte ?  Oui  Non  
Si oui, date de début de grossesse : .....

## Questionnaire dentaire

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? .....

Comment avez-vous connu notre cabinet ? .....

Quel est le motif de votre consultation aujourd'hui ? .....

### Dents

Avez-vous des dents extraites ?  Oui  Non

Les dents extraites ont-elles été remplacées ?  Oui  Non

Si non, pourquoi : .....

Êtes-vous à l'aise avec vos prothèses actuelles ?  Oui  Non

Avez-vous des dents sensibles ?  Oui  Non

Si oui, à quoi  Au chaud  Au froid  Au sucre  A la mastication

Avez-vous déjà eu une réaction particulière après une anesthésie locale ?  Oui  Non

### Gencives

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

Avez-vous remarquez que des aliments restent coincés entre vos dents après les repas?  Oui  Non

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques temps ?  Oui  Non

Avez-vous déjà été traité pour les gencives ?  Oui  Non

### Mâchoires

Serrez-vous ou grincez vous des dents ?  Oui  Non

Avez vous remarquez des craquements ou douleur à l'ouverture de la mâchoire ?  Oui  Non

### Dentisterie Esthétique

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?  Oui  Non

Êtes-vous satisfait de l'alignement de vos dents ?  Oui  Non

Aimeriez vous avoir des dents plus blanches ?  Oui  Non

Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose dans votre sourire, qu'aimeriez vous changer ?

.....

**Nous vous remercions pour votre collaboration.**

Signature du patient :