

Cabinet Dentaire
Dr MERCIER Sylvia
Dr MERCIER Frédéric
Dr TRAJBER Clémentine
65 rue Kléber 59155
FACHES THUMESNIL
tél 03 20 96 75 60

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 avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général 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.

D^{RS} MERCIER , Dr TRAJBER et leur Equipe.

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

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

Si oui, lesquelles ?

A ce jour, quel est le motif de votre consultation ?

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 bridge fixe un appareil mobile un Implant

Si non, pour quelles raisons ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?

Oui Non si oui lesquelles ?

Avez-vous des dents sensibles :

Au chaud au froid au sucre aux acides ou à la mastication ?

MÂCHOIRES

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

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

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher
ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? 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

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

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

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? 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 ?
- ◇ 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.

Ville, le / /

SIGNATURE :