## Dr Mercier Sylvia, Mercier Frédéric

65 rue Kléber 59155 Fâches Thumesnil Tél 03 20 96 75 60 Mail : scmapolline@gmail.com

## 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 moimême pour vous aider à le remplir.

**DRS MERCIER et leur Equipe.** 

© GEB 1/4

Mme MIle Mr Nom:		Date de naissance :	/
Prénom :	N° de Sécurité Sociale :/		/
Profession : Adresse :	N° té		
Adresse mail :			
	HISTORIQUE ME	DICAL	
Nom de votre Médecin traitant : A quand remonte votre dernier ex	amen médical :		
Avez vous connu des changemen	ts dans votre état de santé de	puis un an ? Oui	Non
Merci de cocher chacune des mal passé ou que vous avez actuellen		<del>-</del>	
<ul> <li>◇ Antidépresseurs</li> <li>◇ Asthme</li> <li>◇ Chirurgie esthétique</li> <li>◇ Désordres hormonaux</li> <li>◇ Diabète</li> <li>◇ Glaucome</li> <li>◇ Hépatite A, B ou C</li> <li>◇ Lésions cardiaques congénitales</li> <li>◇ Ulcères à l'estomac</li> <li>◇ Hypertension artérielle</li> </ul>	<ul> <li>Maladie du foie</li> <li>Maladies cardiaques</li> <li>Maladie du sang         <ul> <li>Maladies vénérienne</li> </ul> </li> <li>Œdèmes (gonflements)</li> <li>Pacemaker</li> <li>Pertes de connaissance</li> <li>Problèmes circulatoires</li> <li>Problèmes nerveux</li> </ul>	<ul> <li>◇ Prothèses (autres qu</li> <li>◇ Rhumatisme Articula</li> <li>◇ Séropositivité HIV</li> <li>⇒ Sinusites rép</li> <li>◇ Syncopes, ve</li> <li>◇ Thyroïde</li> <li>◇ Troubles des reins</li> <li>◇ Tumeur maligne</li> <li>◇ Autres maladies :</li> </ul>	aire Aigu pétées ertiges
Avez-vous déjà eu un saignement ou d'un accident?	anormal au cours d'une inter	vention	Oui Non
Avez-vous subi un traitement par	radiations ?		Oui Non
Prenez-vous des médicaments en • Si oui, lesquels :	ı ce moment ?		Oui Non
<ul><li>♦ Antibiotiques</li><li>♦ Aspirine</li><li>♦ Insuline</li></ul>	<ul><li>◇ Antihistaminique</li><li>◇ Traitement pour la tension a</li><li>◇ Autres :</li></ul>	artérielle $\diamond$ Cort	quillisant isone
Êtes-vous allergique à certains pro • Si oui, lesquels :	oduits ou médicaments ?		Oui Non
<ul> <li>♦ Anesthésique local chez le Dent</li> <li>♦ Antibiotique</li> <li>♦ Anti-inflammatoire</li> <li>♦ aspirine</li> </ul>		Barbiturique	
Etes-vous fumeur ? • Si oui, nombre de cigaret	ites /jour :	Oui	Non
Madame, Mademoiselle, êtes-vou • Si oui, de combien de mo			Oui Non
Prenez-vous actuellemen	•		Oui Non
Prenez-vous un traitement	nt contre l'ostéoporose ou une		
Si oui, quel type de médica	aments prenez-vous ?	Oui	Non
Hormones Œstrog			

© GEB 2/4

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

HISTORIQUE DENTAIRE				
A quand remonte votre dernier examen dentaire ?				
Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencon	tré des difficultés particulières ?			
Si oui, lesquelles ?	·			
Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelqu	e 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 :	◇ Détartrage			
DENTS				
Avez-vous des dents extraites ? Oui Non Si	oui, pour quelles raisons : ent incluse			
Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Si oui, par : $\diamond$ un bridge fixe $\diamond$ un appareil mobile $\diamond$ un Implant Si non, pour quelles raisons ?	Non			
Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?				
Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous c 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 ? Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher	Oui Non			
ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un se	eul côté ? Oui Non			
HYGIÈNE DENTAIRE  Utilisez-vous une brosse à dent DURE ◇ MOYENNE◇ ou SOUI  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				
<b>HABITUDES</b> Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habit	tudes suivantes :			
<ul> <li>Succion du pouce → Se mordre la langue, la lèvre ou la joue → Jou</li> <li>Se ronger les ongles → Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo → C</li> </ul>	er d'un instrument musical à vent 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

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 ? Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous change	Oui er ?	Non
DIVERS		
Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?	Non	
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   Beau	coup	
Autres remarques utiles :		
Merci de votre collaboration.		
J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, in concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.	nmédiate	ement, toute modification
Ville, le / /		

© GEB 4/4

**SIGNATURE**: