Cabinet docteur STEUER

# HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie et l'implantologie sont, aujourd'hui, devenues des sciences complexes faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires et implantaires, 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.

**Dr David Steuer et son Equipe**

Mme ☐ Melle ☐ Mr ☐ Nom : ……..…… Date de naissance :

……/……/……

Prénom : …… N° de Sécurité Sociale : __ /__ __/__ __/__ __/__ __ __/__ __ __/__ __

Profession : ……

# HISTORIQUE MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant : ……

A quand remonte votre dernier examen médical : ……

Avez vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui ☐ Non ☐

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

◇ Antidépresseurs
◇ Asthme
◇ Chirurgie esthétique
◇ Désordres hormonaux
◇ Diabète
◇ Glaucome
◇ Hépatite A, B ou C
◇ Lésions cardiaques congénitales
◇ Ulcères à l'estomac
◇ Maladie du foie
◇ Maladies cardiaques
◇ Maladie du sang
◇ Maladies vénériennes
◇ Œdèmes (gonflements)
◇ Pacemaker
◇ Pertes de connaissance
◇ Problèmes circulatoires
◇ Problèmes nerveux
◇ Prothèses (autres que dentaires)
◇ Rhumatisme Articulaire Aigu
◇ Séropositivité HIV
◇ Sinusites répétées
◇ Syncopes, vertiges
◇ Thyroïde
◇ Troubles des reins
◇ Tumeur maligne
◇ Autres maladies : ……

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous subi un traitement par radiations ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui ☐ Non ☐

• Si oui, lesquels : ……

◇ Antibiotiques
◇ Aspirine
◇ Insuline
◇ Antihistaminique
◇ Traitement pour la tension artérielle
◇ Autres : ……..
◇ Tranquillisant
◇ Cortisone

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui ☐ Non ☐

• Si oui, lesquels : ……

◇ Anesthésique local chez le Dentiste
◇ Antibiotique
◇ Anti-inflammatoire ou aspirine
◇ Iode et produits dérivés
◇ Latex
◇ Neuroleptique ou somnifère
◇ Métal
◇ Barbituriques
◇ Codéine

Pensez-vous 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 ?

◇ Non ◇ Oui, Lesquels ? ……

Etes-vous fumeur ? Oui ☐ Non ☐

• Si oui, nombre de cigarettes /jour : ……

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non

- Si oui, de combien de mois : .....
- Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?
Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes Biphosphonates

……..

## HISTORIQUE DENTAIRE ET IMPLANTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? ……

Quel est le motif de votre consultation ? ……

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

**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 quelle raison ? ……..

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 ◇?

## IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui Non

Si oui, comment avez-vous été informé: ……

Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? Oui Non

Connaissez-vous les inconvénients et risques présentés par les implants ? Oui Non

Avez-vous des personnes de votre entourage qui ont déjà réalisé des implants ? Oui Non

Avez-vous déjà eu un contact avec un praticien posant des implants dentaires ? Oui Non

Connaissez-vous l'investissement moyen pour un implant ? Oui Non

Si vous portez un appareil : Votre appareil vous cause-t-il des douleurs ou un inconfort lorsque vous mangez ? Oui Non

Avez-vous parfois de mauvaises odeurs sous votre appareil ? Oui Non

Etes-vous gênés par des dents manquantes ou des crochets d'appareil lorsque vous riez ou souriez ?

Oui Non

Vous arrive-t-il d'enlever votre appareil car il vous gêne ? Oui Non

## 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

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

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 :