



Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .... / .... / .....

Adresse complète : .....

Profession : .....

Tél. domicile / Tél. portable : .....

Email : .....@.....

Médecin traitant / Tél. : .....

Numéro de sécurité sociale :         CMU ? ☐ Non ☐ Oui

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? ☐ Parent ☐ Ami ☐ Docteur ☐ Internet ☐ Autre : .....

## AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- Anémie : ☐ Non ☐ Oui
- Epilepsie : ☐ Non ☐ Oui
- Rhumatisme :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Glaucome : ☐ Non ☐ Oui
- Asthme : ☐ Non ☐ Oui
- Hépatite A, B ou C :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Syncopes, vertiges : ☐ Non ☐ Oui
- Maladies cardiaques :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Maladies cardiaques-valvulaires :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Problèmes nerveux / psychiatriques :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Tension artérielle : ☐ Non ☐ Oui
- Tuberculose : ☐ Non ☐ Oui
- Crise de tétanie : ☐ Non ☐ Oui
- Troubles sanguins / problèmes circulatoires :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Troubles des reins :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Ulcère à l'estomac : ☐ Non ☐ Oui
- Désordres hormonaux :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Problèmes thyroïdiens : ☐ Non ☐ Oui
- Diabète : ☐ Non ☐ Oui
- Troubles articulaires (pose de prothèse) :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Diminution de l'audition : ☐ Non ☐ Oui
- Cancer :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Rhumes fréquents ou sinusites : ☐ Non ☐ Oui
- Virus HIV : ☐ Non ☐ Oui
- Maladies sexuellement transmissibles (MST) :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Maux de tête fréquents : ☐ Non ☐ Oui
- Problèmes oculaires :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....
- Autres maladies :  
☐ Non ☐ Oui Précisez : .....

## ALLERGIES CONNUES

Aliments : ☐ Non ☐ Oui - Précisez : ..... Pénicilline : ☐ Non ☐ Oui Aspirine : ☐ Non ☐ Oui  
Anesthésique local : ☐ Non ☐ Oui Latex : ☐ Non ☐ Oui Antibiotique : ☐ Non ☐ Oui  
Codéine : ☐ Non ☐ Oui Métal non précieux : ☐ Non ☐ Oui Anti-inflammatoire : ☐ Non ☐ Oui  
Iode et produits dérivés : ☐ Non ☐ Oui Suflamides : ☐ Non ☐ Oui Autres : .....

## AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

☐ Non ☐ Oui Précisez : .....

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?

☐ Non ☐ Oui Précisez : .....

Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?

☐ Non ☐ Oui Précisez : .....

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?

☐ Non ☐ Oui Médicaments : .....

Fumez-vous ?

☐ Non ☐ Oui Cigarettes par jour : .....

Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?

☐ Non ☐ 1 verre/mois ☐ 1 verre/semaine

☐ 1 verre/jour ☐ Plus : précisez : .....

Avez-vous déjà été traité contre l'alcoolisme ?

☐ Non ☐ Oui Date : .....

Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de toxicomanie ?

☐ Non ☐ Oui

Type de drogue & fréquence : .....

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

☐ Non ☐ Oui Opération & date : .....

Etes-vous enceinte ?

☐ Non ☐ Oui Accouchement le : .....

Allaitez-vous ?

☐ Non ☐ Oui

## QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dernière visite chez votre dentiste :

☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ + de 12 mois - précisez : .....

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ?

☐ Non ☐ Oui

Vos dents de sagesse sont-elles sorties ?

☐ Non ☐ Oui

Vos dents de sagesse ont-elle été extraites ?

☐ Non ☐ Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?

☐ Non ☐ Oui Brossage, alimentation ? .....

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

☐ Non ☐ Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

☐ Non ☐ Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

☐ Non ☐ Oui

Avez-vous déjà eu des prothèses articulaires ?

☐ Non ☐ Oui

## AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives : ☐ Non ☐ Oui

Traitement d'orthodontie : ☐ Non ☐ Oui

Traitement de canal : ☐ Non ☐ Oui

Obturations (réparations) : ☐ Non ☐ Oui

Couronnes ou ponts : ☐ Non ☐ Oui

Prothèses complètes ou partielles : ☐ Non ☐ Oui

Implants dentaires : ☐ Non ☐ Oui

Autres - précisez : ☐ Non ☐ Oui

## HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie\* ?

Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ? ..... Nom de prédécent praticien : .....

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? ☐ Non ☐ Oui Précisez le type : .....

\*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e) ....., atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du patient :