

Nom - Prénom \_\_\_\_\_ Tél portable \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_  
 Commune- CP \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

## Questionnaire dentaire

### Quelle est la raison de votre demande de rendez-vous

- Un bilan  
 Un problème de gencive  
 Un problème dentaire

Si douleur :  En haut  En bas  
 À votre droite  À votre gauche  
 Sur une dent  Entre 2 dents  Sur une zone plus large  
 Quel numéro de dent en partant du milieu de la bouche : \_\_\_\_\_  
 Ou quel numéro de dent en partant du milieu de la bouche : \_\_\_\_\_  
 Au chaud  Au froid  
 La nuit  Après un repas  N'importe quand  
 Qui se prolonge  Qui s'arrête tout de suite

Demande esthétique

### Votre santé bucco-dentaire



Quelle est la date de votre dernière visite chez le dentiste : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait extraire des dents

Vos gencives saignent-elles

Vos gencives sont elles sensibles

Avez-vous mauvaise haleine

Avez-vous déjà fait de l'orthodontie

Êtes-vous gêné quand vous souriez ou devant un miroir

Est-ce que vous aimeriez avoir les dents plus blanches



Avez-vous des douleurs aux articulations de la mâchoire

Y a-t-il un bruit à l'ouverture ou fermeture de la mâchoire

Avez-vous une ouverture limitée de la bouche

Avez-vous des dents mobiles

Avez-vous des dents sensibles au chaud ou au froid

Grincez-vous des dents

Avez-vous un problème de ronflement

Faites-vous de l'insomnie

### Nettoyage de votre bouche

Type de brossage  Manuel  Électrique

Brossage quotidien  Oui  Non Dentifrice fluoré  Oui  Non

Fréquence du brossage dentaire  matin  midi  soir

### Habitudes alimentaires

Nombre de repas par jour : \_\_\_\_\_

Grignotage en dehors des repas  Oui  Non

Si oui  Café  Thé  Soda  Biscuits  Fruits  Autres

## Questionnaire de santé

Date de Naissance \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_

Avez-vous un problème de santé

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Êtes-vous suivi par un médecin

Médecin généraliste traitant Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_



Dans l'année dernière, avez-vous noté un changement de votre santé

Prenez-vous des médicaments

Si oui, lesquels / pour quelle pathologie :

\_\_\_\_\_

### Avez-vous pris durant les 4 dernières semaines

(cocher les cases correspondantes)

Des antibiotiques

Des anti-inflammatoires

Des antidépresseurs

Êtes-vous allergique à certains produits

Si oui, lesquels :

\_\_\_\_\_

### Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'une des maladies suivantes

(cocher les cases correspondant à votre état)

Problème cardiaque

Hypertension

Accident vasculaire cérébral

Asthme

Transfusion sanguine

Maladie des poumons

Maladies sanguines

Épilepsie

Rhumatisme articulaire

Problèmes thyroïdiens

Problèmes de reins

Cancer

Ulcère à l'estomac

Maladie des yeux

Diabète

Hépatite B

Hépatite C

Déficit immunitaire (VIH)

Ostéoporose

Maladies osseuses



Fumez-vous

Si oui, depuis quand \_\_\_\_\_ Nombre de cigarettes par jour \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fumé

Si oui, quand \_\_\_\_\_ Nombre de cigarettes par jour \_\_\_\_\_

Allaitez-vous

J'atteste  
sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus

Date