

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DENTAIRE

Nom et Prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Vous êtes adressé par _____

Comment qualifieriez-vous l'état de votre bouche ? Excellent Bon Correct Mauvais

Dentiste précédent : depuis combien de temps étiez vous son patient ? _____

Date du dernier examen dentaire ___ / ___ / _____

Date des dernières radiographies ___ / ___ / _____

Date du dernier soin dentaire (autre qu'un nettoyage) ___ / ___ / _____

Vous consultez votre dentiste tous les : 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois pas régulièrement

Quel est le motif de votre consultation ?

OUI NON

HISTOIRE PERSONNELLE



1. Avez-vous peur des traitements dentaires ? Si oui, cotez votre peur entre 1 (la moindre) et 10 (la pire) _____
2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire défavorable suite à un traitement dentaire ? _____
3. Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire ? _____
4. Avez-vous déjà eu des problèmes lors ou à la suite d'anesthésies locales ? _____
5. Avez-vous déjà reçu un traitement d'orthodontie ou un ajustage de l'occlusion ? _____
6. Vous a-t-on déjà extrait des dents ? _____

STRUCTURES PARODONTALES (OS ET GENCIVES)



7. Vos gencives saignent-elles ou sont-elles douloureuses lorsque vous les brossez ? _____
8. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez perdu de l'os autour des dents (maladie de gencive)? _____
9. Avez-vous déjà eu un mauvais goût ou une mauvaise odeur dans la bouche ? _____
10. Avez-vous des parents qui souffrent d'un déchaussement dentaire ? _____
12. Avez-vous des dents mobiles (hors cas d'accident) ou avez-vous des difficultés à mordre dans une pomme? _____
13. Avez-vous déjà eu des sensations de brûlures dans la bouche ? _____

STRUCTURES DENTAIRES



14. Avez-vous eu des caries durant les 3 dernières années ? _____
15. Avez-vous la sensation de manquer de salive ou avez-vous des difficultés à avaler vos aliments ? _____
16. Avez-vous remarqué des trous à la surface de vos dents ? _____
17. Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, à la pression ou évitez-vous de broser certaines parties de votre bouche ? _____
18. Avez-vous des creux ou des encoches sur vos dents à proximité de la gencive ? _____
19. Avez-vous de la nourriture qui se coince entre vos dents ? _____

OCCLUSION ET ARTICULATION DES MACHOIRES



20. Avez-vous (eu) des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire ? (douleurs, bruit, limitation de l'ouverture buccale, blocage)
21. Lorsque vous serrez les dents, avez-vous l'impression que votre mâchoire est poussée vers l'arrière ? _____
22. Avez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, à manger des carottes, du pain dur ? _____
23. Vos dents ont-elles changé depuis les 5 dernières années, sont-elles devenues plus courtes, plus fines ou plus usées ? _____
24. Vos dents ont-elles tendance à se chevaucher ? _____
25. Vos dents ont-elles tendance à s'espacer avec le temps ? _____
26. Avez-vous des difficultés à positionner vos dents les unes contre les autres (besoin de presser ou décaler la mâchoire)? _____
27. Placez-vous votre langue entre vos dents ou contre vos dents pour déglutir _____
28. Vous rongez-vous les ongles ou utilisez-vous vos dents pour tenir des objets ou avez-vous des tics oraux? _____
29. Serrez-vous ou grincez-vous des dents pendant la journée ? _____
30. Avez-vous des problèmes de sommeil ou vous réveillez-vous en ressentant vos dents ? _____
31. Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière occlusale ? _____

CARACTERISTIQUES DU SOURIRE



32. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez changer dans l'apparence de vos dents ? _____
33. Avez-vous déjà eu un blanchiment dentaire ? _____
34. Êtes-vous mal à l'aise ou conscient de l'apparence de vos dents ? _____
35. Êtes-vous mécontent ou déçu de l'aspect de certains de vos travaux dentaires ? _____

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Cabinet du Dr Charles Petit , Chirurgien Dentiste à Hellemmes

Nom et Prénom du patient : _____

Date de naissance : _____

Nom du médecin traitant _____ Nom du médecin spécialiste : _____

Dernière visite médicale : _____ Raison : _____

Comment jugez-vous votre état de santé général : Excellent Bon Moyen Mauvais

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA EU

- | | OUI | NON | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Eté hospitalisé pour une maladie ou une blessure _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Maladie auto-immune (arthrite rhumatoïde, lupus) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une allergie à _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Glaucome _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> aspirine, ibuprofène, codéine | | | 26. Epilepsie, convulsions _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> pénicilline | | | 27. Troubles neurologiques _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> érythromycine | | | 28. Infection virale, herpès, boutons de fièvre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tétracycline | | | 29. Grosseurs ou enflures dans la bouche _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> iode | | | 30. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> anesthésie locale | | | 31. Hépatite (type _____) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> fluor | | | 32. VIH / SIDA _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> métaux (nickel, or, argent _____) | | | 33. Cancer _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> latex | | | 34. Radiothérapie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> autre _____ | | | 35. Chimiothérapie, traitement immunosuppresseur _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problème cardiaque ou un stent _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Difficultés émotionnelles _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Antécédents d'endocardite infectieuse _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Traitement psychiatrique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Valve cardiaque artificielle ou un transplant _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Traitement antidépresseur _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pacemaker ou un défibrillateur implantable _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. Consommateur d'alcool ou de drogues _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prothèse articulaire orthopédique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. Hypertension artérielle _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. Accident vasculaire (avec prise d'anticoagulants) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. Anémie ou autre trouble du sang _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 11. Tendance à saigner fort en cas de coupure (INR > 3,5) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. Asthme ou autres troubles respiratoires _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 13. Problèmes de sommeil (apnées, ronflement) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 14. Problème de rein _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 15. Problème de foie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 16. Problème de thyroïde _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 17. Problèmes hormonaux _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 18. Cholestérol et prise de statines _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 19. Diabète (HbA1c _____) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 20. Ulcère gastrique et/ou duodéal _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 21. Problèmes digestifs (hernie, reflux gastrique) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 22. Ostéoporose (prise de biphosphonates) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 23. Arthrose _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

ETES-VOUS

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 40. Actuellement traité pour une autre maladie _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Conscient d'un changement de votre état de santé _____ depuis les dernières 24h (fièvre, toux, diarrhée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sous traitement pour perdre du poids _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Souvent fatigué ou épuisé _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Sujet aux maux de tête fréquents _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Fumeur ou ancien fumeur _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Quelqu'un d'émotionnellement sensible _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Souvent triste ou déprimé _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. FEMME – Sous contraceptif _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. FEMME – Enceinte _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. FEMME – Allaitement _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. HOMME – Troubles de la prostate _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Décrivez SVP tous vos traitements médicamenteux, médicaux, chirurgicaux ou tout autre traitement qui pourrait affecter votre traitement dentaire (Ex : Botox, injection d'acide hyaluronique)

Liste des médicaments, suppléments et/ou vitamines que vous avez pris au cours des deux dernières années :

Médicament	Motif	Médicament	Motif
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

MERCI DE NOUS INFORMER EN CAS DE MODIFICATION FUTURE DE VOTRE ETAT DE SANTE ET/OU DE VOS TRAITEMENTS

Date et signature du médecin :

Date et signature du patient :

