

# Bilan de santé

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____ Prénom _____ n° SS _____ Assurance Maladie Complémentaire _____ <i>Pensez à vous munir de votre attestation pour votre prochain rendez-vous</i>
Nom de naissance _____ Adresse _____ Code postal _____ Ville _____
Tél. domicile _____ portable _____ professionnel _____ E-mail _____
Nom, prénom et coordonnées du tuteur ou curateur, le cas échéant _____
Date de naissance _____ Taille _____ Poids (kg) _____ Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Profession _____ <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité
Motif de votre consultation dentaire <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Contrôle/Détartrage <input type="checkbox"/> Autre _____ Si un professionnel de santé vous adresse, indiquez ses nom, prénom et coordonnées _____
En cas de changement de praticien, motif et coordonnées du chirurgien-dentiste _____
A quand remonte votre dernière consultation dentaire ? _____
<b>Lors de précédentes visites chez le dentiste</b> Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ou un malaise vagal ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous eu un réflexe nauséeux pendant les soins ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous eu un saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale, extraction dentaire ou des blessures ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Êtes-vous sujet(e) aux ecchymoses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous eu des réactions anormales à la suite d'une anesthésie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquelles ? _____ Vous-a-t-on prescrit des antibiotiques avant un traitement dentaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pratiquez-vous un sport ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel ? _____ Pratiquez-vous un instrument de musique ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lequel ? _____ Autres activités de loisir _____
Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> a arrêté Sous quelle forme ? _____ Précisez votre consommation _____ par jour par semaine par mois Arrêté le _____
Consommez-vous de l'alcool ? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Régulièrement Consommez-vous des stupéfiants ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous fait l'objet de violences, physiques ou psychologiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous reçu un choc violent sur la tête, le cou ou ailleurs ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous subi des violences dans l'enfance, au travail ou dans votre vie de couple ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous subi des évènements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire mal aujourd'hui ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

## Pour les femmes

Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ?  Non  Oui Date prévue de l'accouchement \_\_\_\_\_

Allaitiez-vous ?  Non  Oui Une grossesse est-elle souhaitée ou attendue prochainement ?  Non  Oui

Moyen de contraception \_\_\_\_\_

Nom, prénom et coordonnées de votre médecin traitant

A quand remonte votre dernier examen médical ? \_\_\_\_\_

Si vous êtes suivi par un spécialiste en ville ou à l'hôpital, motif, nom, prénom et coordonnées

Prenez-vous actuellement ou régulièrement des médicaments ?  Non  Oui Lesquels ? \_\_\_\_\_

Merci de bien vouloir, au choix :  Apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous  Adresser un scan par mail

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?  Non  Oui Lesquelles ? \_\_\_\_\_

Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ?  Non  Oui Laquelle ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années ?  Non  Oui Pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'un handicap particulier ?  Non  Oui De quelle nature ? \_\_\_\_\_

## Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou de plusieurs affections de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

**Maladie cardiovasculaire**  Hypertension artérielle  Infarctus du myocarde  Angine de poitrine (angor)  
 Anomalie du rythme cardiaque  Insuffisance cardiaque  Endocardite infectieuse  
 Affection valvulaire ou souffle au cœur  Malformation cardiaque  Accident vasculaire cérébral (AVC)  
 Rhumatisme articulaire aigu  Troubles circulatoires (phlébite)  Embolie pulmonaire  Angioplastie cardiaque (stent)

**Maladie respiratoire**  Asthme  Insuffisance respiratoire  Bronchite chronique  Tuberculose

**Maladie nez/gorge/oreille**  Angine  Sinusite chronique  Rhume ou rhino-pharyngite chronique  Otite  
 Acouphènes  Vertige ou trouble de l'équilibre

**Maladie digestive**  Cirrhose  Insuffisance hépatique  Ulcère gastroduodéal  Brûlures d'estomac (gastrite)  
 Reflux gastro-œsophagien  Rectocolite hémorragique (RCH)  Maladie de Crohn  Colite

**Maladie du système nerveux**  Spasmophilie  Crise de tétanie  Épilepsie, convulsion  Maladie d'Alzheimer  
 Maladie de Parkinson  Migraine  Algies ou douleurs de la face, épaules, cou

**Autres troubles**  Troubles psychiatriques  Dépression  Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)

**Maladie du sommeil**  Insomnie  Syndrome d'apnées obstructives du sommeil  Ronflement, fatigue ou somnolence  
 Autres \_\_\_\_\_

**Maladie du sang**  Anémie  Purpura  Hémophilie  Autre déficit en facteur de coagulation \_\_\_\_\_

**Maladie rhumatologique**  Arthrose  Ostéoporose  Polyarthrite rhumatoïde  Spondylarthrite ankylosante  
 Maladie de Paget  Tendinites

**Maladie rénale**  Insuffisance rénale modérée et sévère  Insuffisance rénale terminale (dialyse)  
 Pyélonéphrites à répétition

**Maladie des yeux**  Glaucome  DMLA

**Maladie endocrinienne**  Diabète  Hypothyroïdie  Hyperthyroïdie  Troubles des glandes surrénales

**Maladie infectieuse**  Sérologie hépatite B positive  Sérologie hépatite C positive  Sérologie HIV positive  SIDA  
 Herpès (bouton de fièvre)  Candidose

**Maladie de peau**  Eczéma  Psoriasis  Autres \_\_\_\_\_

**Je ne présente aucune de ces affections**

Avez-vous déjà souffert d'un cancer ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_ A quelle date ? \_\_\_\_\_

Autres maladies \_\_\_\_\_

## Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Avez-vous été traité par radiothérapie ?  Non  Oui (traitement par irradiation)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été traité par chimiothérapie ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une greffe ?  Non  Oui Laquelle ? \_\_\_\_\_ A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu une transfusion ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous porteur d'un pacemaker ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une chirurgie cardiaque ?  Non  Oui (pontage aorto-coronaire)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang (antiagrégant plaquettaire) ?  Non  Oui (ex: Aspirine®, Aspegic®, Kardegic®, Plavix®, Efiend®, Brilique®, Ticlid®, Cebutid®, Asasantine®, Duoplavin®, ...)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous anticoagulant ?  Non  Oui (ex: Sintron®, Minisintrom®, Previscan®, Coumadine®, Calciparine®, Fraxiparine®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, ...)

Lequel ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par corticoïde au long cours ? (supérieure à 1 mois)  Non  Oui

Lequel ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par immunosuppresseurs ?  Non  Oui (ex: Imurel®, Cellcept®, Myfortic®, Methotrexate®, Humira®, Enbrel®, Remicade®, Cimzia®, Simponi®, ...)

Lequel ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise \_\_\_\_\_

Avez-vous une prothèse orthopédique ?  Non  Oui (hanche, genou, coude, ...)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous pris ou prenez-vous (même dans les 10 ans) un traitement aux biphosphonates ?  Non  Oui (ex: Didronel®, Skélid®, Osteo®, Lytos®, Clastoban®, Fosamax®, Fosavance®, Adavance®, Actonel®, Bonviva®, Bondronat®, Zométa®, Aclasta®, Prolia®, Xgeva®, Protelos®, ...)

Sous quelle forme (voie orale ou perfusion IV, injection) ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise \_\_\_\_\_

Prenez-vous un traitement neuroleptique ou au lithium ?  Non  Oui

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_

Autres traitements

## Êtes-vous allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Anesthésiques locaux  Aspirine  Antibiotiques Précisez \_\_\_\_\_

Codéine  Ibuprofène (ex : Advil®, Nurofen®, Spifen®, ...)

Iode et produits dérivés  Sédatifs ou neuroleptique Précisez \_\_\_\_\_

Autres médicaments Précisez \_\_\_\_\_

Métaux  Latex ou gants médicaux, ménagers  Résines (prothèses résines, couronnes résines, ...)

Allergie alimentaire (banane, avocat, kiwi, châtaigne, sarrasin, poivron)

Autres produits Précisez \_\_\_\_\_

Signes apparus (plaques rouges, œdème de Quincke, vertige, diarrhées, maux d'estomac)

Je n'ai aucune de ces allergies

## Apprendre à mieux vous connaître sur le plan bucco-dentaire

### Vos gencives

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément  Non  Oui

Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour une maladie des gencives ?  Non  Oui

Nature du diagnostic et/ou du traitement \_\_\_\_\_

### Vos dents, quels sont les problèmes dentaires à nous signaler ?

Sensibilité  Non  Oui À quoi ?  Chaud  Froid  Acide  Sucré  Pression

Mobilité dentaire  Non  Oui

Hormis les dents de sagesse et les dents de lait, avez-vous eu d'autres dents extraites ?  Non  Oui

Les dents extraites sont-elles remplacées ?  Non  Oui

Souhaitez-vous remplacer vos dents absentes ? \_\_\_\_\_

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi un traitement orthodontique ?  Non  Oui Quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une chirurgie des mâchoires ?  Non  Oui Quand ? \_\_\_\_\_

### Vos mâchoires

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?  Non  Oui Quand ?  Le jour  La nuit

Avez-vous remarqué des craquements, claquements ou une douleur de vos mâchoires lors des mouvements d'ouverture de la bouche ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?  Non  Oui

Votre mâchoire s'est-elle déjà bloquée ?  Non  Oui En quelles circonstances ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des maux de tête, d'oreilles, de douleurs aux mâchoires au réveil ?  Non  Oui

### Votre hygiène bucco-dentaire

Utilisez-vous une brosse à dents ?  Non  Oui  Une brosse à dents manuelle  Une brosse à dents électrique

Les poils de la brosse sont  Souples  Medium  Durs

Quand vous brossez-vous les dents ?  Matin  Midi  Soir

A quel rythme changez-vous votre brosse à dents ? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous  Du fil de soie dentaire  Des brossettes interdentaires  Des bains de bouche  Autres \_\_\_\_\_

Croyez-vous avoir mauvaise haleine ?  Non  Oui

### Avez-vous l'une des habitudes suivantes ?

Succion du pouce  Non  Oui Se mordre les joues, les lèvres ou la langue  Non  Oui

Se ronger les ongles  Non  Oui Utiliser ses dents pour couper du fil, ouvrir des emballages  Non  Oui

Mâcher un stylo, un cure dent  Non  Oui Autres habitudes  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

### L'esthétique de votre bouche

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?  Non  Oui

Avez-vous déjà eu un traitement pour éclaircir vos dents ?  Non  Oui

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?  Non  Oui

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?


Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

Comment avez-vous connu le cabinet ? \_\_\_\_\_

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

--

Pour votre prochain rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir :

- des ordonnances des médicaments que vous prenez,
- des éventuelles radios dentaires en votre possession,
- de votre carte Vitale et des éventuels justificatifs papier pour votre remboursement.

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé, et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature

--