

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 ? _____
Lors de précédentes visites chez le dentiste 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 _____

Allaitez-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

--