

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Chère patiente, Cher patient,

La dentisterie, la parodontologie et l'implantologie sont, aujourd'hui, devenues des sciences complexes faisant partie intégrante de la Médecine. Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements, un historique détaillé de votre état de santé général et buccodentaire est de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents. C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Il n'y a pas de questions pièges. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec nos traitements. Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront strictement confidentielles et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Si ce questionnaire a déjà été complété et rendu au Dr GARDIEN Kevin, merci de prendre uniquement connaissance du dernier paragraphe en gras, en fin du questionnaire.

1 - Coordonnées :

Nom : Prénom : Né(e) le : / /
Adresse postale :
Adresse mail :
Numéro de sécurité sociale :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Contact et numéro d'urgence :
Nom, prénom et coordonnée du tuteur/curateur le cas échéant :
.....
Adressé/référé/recommandé par :
Nom de votre Médecin généraliste :

2 - Motif de visite :

Bilan bucco-dentaire Urgence/douleurs Autres :
Dernière visite chez le chirurgien-dentiste :

3 - Historique médical :

Cardio-vasculaire (hypo/hypertension, trouble du rythme, valve cardiaque, infarctus du Avez vous, êtes vous atteint(e) d'un des troubles suivants ?

myocarde, peacemaker, endocardite infectieuse, souffle, malformation cardiaque, angor/angine de poitrine, rhumatisme articulaire aigu, ...)

Respiratoire (asthme, apnée sommeil, pneumonie, bronchopathie obstructive, ...)

Gastro-hépatique (cirrhose, hépatite, calcul biliaire, ulcère, reflux gastro oesophagien, hernie hiatale, ...)

Endocrinien (diabète, hypo ou hyper thyroïdite, ...)

Hématologique (anémie, hémophilie, maladie willebrand, leucémie ...)

Neurologie (maladie de Parkinson, sclérose en plaque, AVC, dépression, épilepsie, trouble alimentaire/panique, bipolarité, schizophrénie, ...)

Rénal (insuffisance rénale, calculs rénaux,...)

Rhumatologique (arthrose, ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Paget, spondylarthrite ankylosante, ...)

Cancéreux (chimiothérapie/radiothérapie actuelle ou passée, greffe d'organe, prothèse autre que dentaire, ...)

Infectieux (VIH, tuberculose, herpès, syphilis, ...)

Autres (glaucome, DMLA, sinusite, syndrome d'apnée obstructive du sommeil, ...)

Allergique (latex, iode, codeine, anesthésiques locaux, antibiotique, aspirine, ibuprofène, métaux, résines, alimentaire, Neuroleptique ou somnifère, barbiturique, ...)

Aucuns

Pensez-vous avoir tout autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus ? Non Oui, Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - Traitement médicamenteux :

Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, quels sont les noms des médicaments, leurs dosages (mg) et voie d'administration (orale, intraveineuse, sous cutanée, ...) :

1 :
2 :
3 :
4 :
5 :
6 :
7 :
8 :
9 :
10 :

5 - Autres :

Fumez-vous ? Oui NonNombre de cigarettes/jour :

Vapotez-vous ? Oui NonCombien de gr de nicotine/jour :

Si arrêt du tabac, A quelle date ?

Buvez-vous de l'alcool ? Oui NonCombien de verres/jour :

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte/allaitante/envisagez-vous une grossesse ?

Oui Non, Si oui, depuis combien de semaine/mois :

Si vous êtes une femme, avez vous un moyen de contraception ? Oui Non

Avez-vous subi des interventions chirurgicales à l'hôpital ? Oui Non

Une intervention chirurgicale est-elle prévue ? Oui Non

6 - Historique dentaire :

Utilisez-vous une brosse à dent dure/medium/souple/ultra souple ?

Quand brossez-vous les dents matin/midi/soir ?

Combien de temps dure votre brossage ?

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

Quelle est la marque de votre dentifrice ?

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui Non

Avez-vous l'impression d'avoir un mauvais goût en bouche ? Oui Non

Vos gencives saignent-elles spontanément ou au brossage ? Oui Non

Avez-vous les dents sensibles ? Oui Non Si oui, à quoi ?

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Si oui, par quelle solution prothétique ? Implant, Bridge, Appareil mobile

Si non, pour quelles raisons ?

Souhaitez-vous remplacer ces dents manquantes ? Oui Non

Avez-vous eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui Non

Serrez et/ou grincez-vous des dents ? Oui Non

Avez-vous remarqué des craquements/claquements/douleurs lors de l'ouverture de votre bouche ? Oui Non

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

Avez-vous des maux de têtes/oreilles/douleurs aux mâchoires au réveil ? Oui Non

Avez-vous une gouttière contre le bruxisme ? Oui Non

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

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

Souhaitez-vous éclaircir vos dents ? Oui Non

Vous êtes satisfait de la couleur de vos dents ? Oui Non

Vous êtes satisfait de la forme de vos dents ? Oui Non

Qu'est-ce qui vous dérange dans votre bouche ou votre sourire aujourd'hui ? (exemple: esthétique, problème de mastication, présence de douleurs, ...)

.....

.....

.....

Si vous pouviez changer une seule chose, ce serait quoi ?

.....

.....

Sur une échelle de 1 à 10, comment évalueriez-vous l'état de votre bouche ? (1 étant la moins bonne note et 10 la meilleure note)

.....

Quel serait votre score idéal ? Comment l'atteindre selon vous ?

.....

.....

.....

Si vous ne faites rien, comment imaginez-vous la situation dans 1 an ? dans 5 ans ?

.....

.....

.....

Avez-vous des craintes concernant les soins dentaires ? (douleur, coût, efficacité, durée, autres ...)

.....

.....

.....

Avez-vous vécu de mauvaises expériences ? Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

Avez-vous des attentes particulières envers ce cabinet ? (resultat, accompagnement, écoute, esthétique, confort, ...)

.....

.....

.....

Je déclare avoir répondu à toutes les questions le plus précisément possible, au mieux des connaissances de mon état de santé. Ce formulaire aidera mon chirurgien-dentiste à prodiguer les meilleurs soins. Je ne tiendrai pas le chirurgien-dentiste ou son établissement de santé pour responsable des erreurs ou omissions que j'ai pu faire en remplissant ce formulaire. Je m'engage à informer mon chirurgien-dentiste en cas de modification de mon état de santé et/ou de mes prescriptions.

Le / / à Signature du patient précédé du Nom et prénom (ou du représentant légal) :