



**INFORMATIONS PERSONNELLES**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance :            /            /            Âge : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone portable :    0    /            /            /            /            \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : .....@.....  
 Dentiste traitant : Dr. \_\_\_\_\_  
 Je dispose d'un des systèmes de prestation social suivants : CSS (ex. CMU et ACS) - AME

**QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL**

**Afin de mieux vous connaître, de vous soigner dans les meilleures conditions et d'éviter de vous faire prendre des risques inutiles, merci de répondre aux 5 questions suivantes (répondre à TOUTE les questions)**

1. Avez vous des problèmes de santé / maladie(s) ?            Non    -    Oui    -    Je ne sais pas  
 Notamment ...  
     Diabète ?  
     Ostéoporose ?  
     Maladie **cardio-vasculaire** (arythmie, hypertension, antécédent d'AVC, prothèses valvulaires etc...) ?  
     Maladie hépatique (**foie**) ou rénale (**reins**) ?  
     **Saignez-vous** facilement ou de manière prolongée ?  
     Etes vous ou avez vous été traité pour un **cancer** (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie) ?  
     Faites vous souvent des **maaises** ?  
 Autres : .....
2. Prenez vous des médicaments (n'importe lesquels) ?            Non    -    Oui  
 Notamment ...  
     Des **anticoagulants** : (Kardégic, Aspirine, Plavix, Previscan, Sintrom, Coumadine, Xarelto, Eliquis, etc.) ?  
     Des **bisphosphonates** par comprimés / piqûres : (Fosamax, Aredia, Zometa, Didronel, Actonel, Bonina etc.) ?  
 Autres : .....
3. Avez vous des allergies / intolérances / réflexes nauséeux    Non    -    Oui    -    Je ne sais pas  
 Notamment ...  
     Aux médicaments : (pénicillines, paracétamol, codéine, iode, aspirine)  
     Au latex  
 Autres : .....
4. Pour les femmes : Madame êtes vous enceinte ou allaitez vous ?    Non    -    Oui    -    Je ne sais pas  
 Précisez ...    Le trimestre de grossesse : \_\_\_\_\_
5. Avez vous un autre problème médical à signaler ?            Non    -    Oui  
 Précisez .....

Je certifie l'exactitude de toutes ces informations. Le    /    / 20    Signature : \_\_\_\_\_





**EVALUATION DE VOTRE SANTE PARODONTALE**

**VOTRE RESSENTI**

1. **Pensez vous** avoir une maladie de gencive ou un déchaussement des dents ?  
Non - Oui - Je ne sais pas
2. Vous arrive t'il de **saigner des gencives** ?  
Non - Oui, ..... fois par semaine
3. Avez vous des **aliments qui se coincent** entre les dents ?  
Non - Oui - Je ne sais pas
4. Une de vos dents (d'adulte) s'est elle déjà **mise à bouger**, ou s'est **déplacée** (sans avoir été cariée ou cassée) ?  
Non - Oui - Je ne sais pas
5. Vos dents vous paraissent elles « **plus visibles** » qu'avant ?  
Non - Oui - Je ne sais pas
6. Un dentiste vous a t'il déjà dit que vos **gencives sont irritées** ou que vos dents se **déchaussaient** ?  
Non - Oui - Je ne sais pas
7. Avez vous déjà eu un **traitement** pour les maladies de gencives (curetage, surfaçage, lithotritie, débridement, chirurgie) ?  
Non - Oui - Je ne sais pas

**VOS HABITUDES de brossage**

8. Utilisez vous du **fil dentaire** / des **brossettes interdentaires** ?  
Non - Oui, ..... fois par semaine
9. Utilisez vous un **dentifrice** spécifique ?  
Non - Oui, sur les conseils de mon dentiste - Oui, de mon propre chef
10. Utilisez vous une **brosse à dents électrique** ?  
Non - Oui, sur les conseils de mon dentiste - Oui, de mon propre chef

**VOTRE RISQUE EST IL AUGMENTÉ ?**

11. Êtes vous fumeur ? Non - Oui tabac - Oui cannabis  
 Si oui, vous consommez actuellement : ..... cig./jours, depuis ..... années  
 votre consommation maximale a été de : ..... cig./jours  
 avez vous déjà arrêté de fumer ? Oui, j'ai essayé - J'y pense - Non  
 Si non, avez vous déjà été fumeur ? Non - Oui, j'ai arrêté il y a .....
12. Êtes vous diabétique ? Non - Oui  
 Si oui, avez vous des difficultés à suivre votre traitement ? Non - Oui  
 faites vous des contrôles réguliers (médecin, analyses) ? Non - Oui  
 connaissez vous valeur d'hémoglobine glyquée ? Non - Oui, ..... % (entre 5 et 14%)  
 Si non, avez vous réalisé des analyses sanguines récemment ? Non - Oui
13. Êtes vous sujet au stress ? Non jamais - Oui parfois - Oui récemment
14. Vos frères/soeurs ou parents présentent ils une maladie de gencive ou ont ils déjà perdu des dents ?  
Non - Oui - Je ne sais pas