



INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ / _____ / _____ Âge : _____
 Adresse : _____ Ville : _____
 Téléphone portable : 0 _____ / _____ / _____ / _____
 Adresse mail :@.....
 DENTISTE traitant : Dr. _____ qui exerce à (Ville) : _____
 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 prendre des risques inutiles, merci de répondre à TOUTES les questions suivantes ****

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 néphrologie (reins) ?
 Etes vous ou avez vous été traité pour un cancer (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie) ?
 Faites vous souvent des mauxaises ?

Autres :

2. Prenez vous des MEDICAMENTS (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. SAIGNEZ-VOUS facilement ou de manière prolongée ? Non - Oui - Je ne sais pas

(Quand vous vous coupez ou que vous vous blessez, est-ce que le sang met du temps à s'arrêter de couler ?)

4. Avez vous des ALLERGIES / intolérances / réflexes nauséux Non - Oui - Je ne sais pas

Notamment ...

Aux médicaments : (pénicillines, paracétamol, codéine, iode, aspirine) / Au Latex

Autres :

5. Avez vous un autre problème médical à signaler ? Non - Oui

Précisez

6. Pour les FEMMES : Madame êtes vous ENCEINTE ou allaitez vous ? Non - Oui - Je ne sais pas

Précisez ... Le trimestre de grossesse :

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



EVALUATION DE VOTRE SANTE PARODONTALE

Votre **RESSENTI**

- Avez vous une **maladie de gencive**, un **déchaussement** des dents ou une **rétraction** de votre gencive ?
Non - Oui je pense - Oui mon dentiste me l'a dit - JJe ne sais pas
- Vous arrive t'il de **SAIGNER des gencives** ?
Non - Oui, au brossage fois / semaine - Oui, parfois sans même brosser
- Vos séances de **DÉTARTRAGES** sont elles douloureuses ?
Non - Oui - Je ne sais pas
Ils sont réalisés tous les mois / années
- Vos dents sont elles **mobiles**, ou se **déplacent** elles ?
Non - Oui - Je ne sais pas
- Avez vous des « **espaces** » qui se créent **ENTRE** vos dents ?
Non - Oui - Je ne sais pas
- 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
- Avez vous déjà bénéficié d'un **TRAITEMENT** pour vos gencives (curetage, surfaçage, lithotritie, débridement, chirurgie) ?
Non - Oui - Je ne sais pas

VOS habitudes de **BROSSAGE**

- Brossez vous **ENTRE** vos dents avec du **fil dentaire**, un **jet dentaire** ou des **brossettes interdentaires** ?
Non - Oui du fil dentaire - Oui un jet dentaire - Oui des brossettes interdentaires
Si oui, je m'en sers fois / semaine
- Utilisez vous un **dentifrice** spécifique ou des **bains de bouche** ?
Non - Oui, du dentifrice Parodontax® - Oui, un autre dentifrice - Oui des bains de bouche
- Qu'utilisez vous comme **brosse à dents** ?
Brosse à dents manuelle : EXTRA-SOUPLE / SOUPLE / MEDIUM / DURE
Brosse à dents électrique : Braun Oral B® / Philips Sonicare® / Autre modèle

Votre **RISQUE PARODONTAL** est il augmenté ?

- Êtes vous **FUMEUR** ? Non - Oui tabac - Oui cannabis
 Si oui, vous consommez actuellement : cig./jours, depuis années
 avez vous déjà arrêté de fumer ? Oui - J'y pense - Non
 Si non, avez vous déjà été fumeur ? Non - Oui, j'ai arrêté il y a
- Êtes vous **DIABÉTIQUE** ? Non - Oui
 Si oui, avez vous des difficultés à suivre votre traitement ? 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
- Êtes vous sujet à la **FATIGUE** / au **STRESS** régulier ?
Non - Oui la fatigue - Oui le stress
- Dans votre **FAMILLE** proche, vos frères/soeurs ou parents, ont ils une maladie de gencive ou perdu des dents ?
Non - Oui - Je ne sais pas