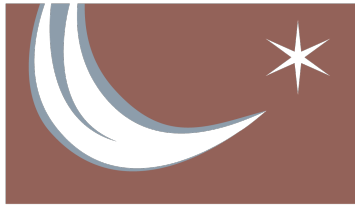


CENTRE DENTAIRE



CATHÉDRALE

## HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Cher(e) Patient(e),

Nos traitements doivent souvent tenir compte de votre état de santé et un historique détaillé de celui-ci est de la plus grande importance. Afin de répondre au mieux à vos attentes, un certain nombre d'informations sur vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents nous seront utiles.

C'est pourquoi nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, des études démontrent qu'une mauvaise santé buccale peut avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

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.

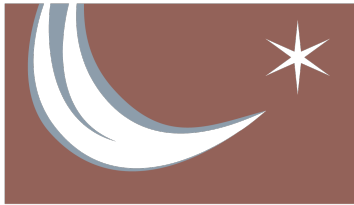
Par ailleurs, nous passerons ensuite en revue ensemble cet historique et nous en discuterons en détails.

**Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à nous pour vous aider à le remplir.**

Philippe Kokot

Centre Dentaire Cathédrale

Rue de Paris 15 B-7500 Tournai Tél. 069/87.11.39 [curadenta@gmail.com](mailto:curadenta@gmail.com)



## HISTORIQUE MEDICAL

Nom du Patient : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Adresse : .....  
 Localité : .....  
 N° de GSM : .....  
 Adresse mail : .....  
 Mutuelle : .....

Médecin traitant :                      Nom : ..... Tél : .....

### VOS PROBLÈMES DE SANTÉ

1.	Etes-vous allergique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2.	Souffrez-vous de troubles cardiaques ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous une valve cardiaque défectueuse ou artificielle ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4.	Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou neurostimulateur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
5.	Avez-vous reçu un stent ou subi un pontage coronarien ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
6.	Etes-vous traité pour une pression artérielle basse ou élevée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
7.	Vous êtes-vous déjà évanoui pendant un traitement dentaire ou médical ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
8.	Souffrez-vous d'épilepsie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
9.	Avez-vous déjà eu un accident ischémique transitoire (AIT), une attaque cérébrale (AVC) ou hémorragie cérébrale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
10.	Souffrez-vous d'essoufflement ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
11.	Souffrez-vous de problèmes pulmonaires tels que l'asthme, la bronchite ou une toux chronique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
12.	Souffrez-vous d'hyperventilation ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
13.	Un risque d'hémorragie a-t-il été constaté chez vous ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
14.	Prenez-vous des anticoagulants ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
15.	Avez-vous eu des saignements prolongés après une extraction dentaire ou une opération chirurgicale ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
16.	Souffrez-vous de diabète ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
17.	Avez-vous déjà eu ou souffrez-vous d'une hépatite, une jaunisse ou d'une autre maladie du foie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
18.	Souffrez-vous de troubles gastro-intestinaux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

19.	Etes-vous atteint de maladies lymphatiques ou hématologiques ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
20.	Un fonctionnement anormal de la thyroïde a-t-il été constaté ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
21.	Souffrez-vous de rhumatismes et/ou de douleurs articulaires chroniques ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
22.	Avez-vous subi une radiothérapie pour une tumeur de la tête ou du cou ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
23.	Suivez-vous une chimiothérapie ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
24.	Souffrez-vous d'une maladie contagieuse ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
25.	Etes-vous séropositif ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
26.	Fumez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
27.	Consommez-vous de l'alcool ou des stupéfiants ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
28.	Etes-vous enceinte ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
29.	Allaitez-vous ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
30.	Prenez-vous des antidépresseurs ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
31.	Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris un médicament contre l'ostéoporose, un biphosphonate ou recevez-vous des injections à cette fin ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
32.	Prenez-vous d'autres médicaments ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
33.	Y a-t-il d'autres sujets par rapport à votre état de santé dont vous aimeriez discuter avec votre dentiste ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Merci de développer les réponses positives :


Fait à .....

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

## Centre Dentaire Cathédrale

Rue de Paris 15 B-7500 Tournai Tél. 069/87.11.39 curadenta@gmail.com



## HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif de votre consultation ?

.....

.....

.....

.....

### GENCIVES

Avez-vous déjà eu des abcès des gencives ? Une mauvaise haleine parfois, un mauvais goût ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous les dents mobiles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vos gencives sont-elles souvent douloureuses ou sensibles ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Le tartre apparaît-il rapidement sur vos dents ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### DENTS

Vos dents extraites ont-elles été remplacées ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, par : <input type="checkbox"/> un bridge fixe <input type="checkbox"/> un appareil mobile <input type="checkbox"/> un Implant		
Si non, pour quelle raison ?		
Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?		

### MÂCHOIRES

Avez-vous de fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles, les tempes ou le cou ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

### HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent <input type="checkbox"/> dure <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> souple ?		
Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu une information sur l'impact de la plaque dentaire bactérienne ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Avez-vous porté un appareil orthodontique ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?		

## DIVERS

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		
A quand remonte votre dernière visite ?		
Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?		
Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?		
Quels sont vos jours et heures de préférence pour vos rendez-vous ? <input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve		
Autres remarques utiles		

Centre Dentaire Cathédrale

Rue de Paris 15 B-7500 Tournai Tél. 069/87.11.39 curadenta@gmail.com