



QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

- **Monsieur /Madame** Né(e) le.....
Adresse Code postal..... Ville.....
N° de téléphone..... N° de portable..... Email :.....
Profession..... Régime de Sécurité Sociale..... Mutuelle.....

- **Avez-vous été/êtes vous atteint d'une des affections ou troubles suivant :**

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie du sang/ hémophilie | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie de la thyroïde | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie du tube digestif/ ulcère/ gastrite | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Maladie du foie / hépatite | <input type="checkbox"/> Maladie O.R.L/ sinusite | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Dépression. | <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire (HIV) | <input type="checkbox"/> Maladie des yeux/ glaucome | <input type="checkbox"/> Ostéoporose |
- autres (à préciser) :

- **Traitement en cours** (si oui, précisez):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anti inflammatoire:..... | <input type="checkbox"/> Anticoagulant:..... |
| <input type="checkbox"/> Aspirine :..... | <input type="checkbox"/> Antidépresseur:..... |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique:..... | <input type="checkbox"/> Antidiabétique:..... |
| <input type="checkbox"/> Antidouleur:..... | <input type="checkbox"/> Biphosphonates (ostéoporose):..... |
| <input type="checkbox"/> Antihypertenseur:..... | <input type="checkbox"/> Autre:..... |

- Etes-vous **enceinte** ? Si oui, date du terme : allaitez-vous?
- Faites-vous l'objet d'une **surveillance radiologique**? Si oui, laquelle ?.....
- Faites-vous l'objet d'une **surveillance biologique** (prise de sang) ? Si oui, laquelle ?.....
- Etes vous sujet à des **vertiges, pertes de connaissance**?
- Avez-vous déjà eu une **réaction après une anesthésie locale**? Si oui, quel type de réaction?.....
- Avez-vous déjà eu un **saignement prolongé** suite à une **blessure ou une extraction dentaire**?
- Avez-vous été traité par **radiothérapie**? Si oui, quand et pourquoi?.....
- Etes vous **allergique**? Si oui, à quoi?.....
- Avez-vous déjà eu une **réaction particulière à la suite d'un traitement médicamenteux**? Si oui, à quoi?.....

..Le patient signalera tout changement de son état de santé.

Date : Signature :

Aidez-nous à mieux vous connaître pour mieux vous soigner

- **1 Motif de la consultation :**

- | | | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> urgence | <input type="checkbox"/> contrôle / détartrage | <input type="checkbox"/> bilan | <input type="checkbox"/> douleur | <input type="checkbox"/> dent fracturée |
| <input type="checkbox"/> gêne | <input type="checkbox"/> problème esthétique | <input type="checkbox"/> saignement | <input type="checkbox"/> mauvaise haleine | <input type="checkbox"/> 2ème avis |
- autres (à préciser) :
- depuis combien de temps cette demande existe t'elle?

- **2 Votre historique :**

- délai depuis la dernière consultation chez votre dentiste :
- comment nous avez-vous connu ?
- motifs de votre changement de praticien :
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous avez déménagé | <input type="checkbox"/> départ en retraite de votre praticien | <input type="checkbox"/> ne répond pas à votre demande |
| <input type="checkbox"/> Perte de confiance | <input type="checkbox"/> 2ème avis | <input type="checkbox"/> délai de rendez-vous trop long |
- autres (à préciser) :

- **3 Ce qui est important pour vous** (classez par ordre d'importance):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> votre santé bucco-dentaire et votre confort de vie au quotidien | <input type="checkbox"/> ne pas/plus souffrir au quotidien |
| <input type="checkbox"/> préserver/améliorer l'esthétique de votre sourire | <input type="checkbox"/> dépenser le moins possible |
- autres (à préciser) :



- est-ce qu'un/plusieurs de ces motifs est/sont un frein concernant vos visites régulières chez le dentiste : .

- peur de souffrir phobie du dentiste désintérêt pour votre bouche manque de temps
 peur de l'anesthésie coût du traitement mobilité géographique
 autres (à préciser) :

- 4 **Fumez-vous ?** oui consommation :
Envisagez-vous l'arrêt du tabac ? oui

- 5 **Vous arrive-t-il d'avoir la bouche sèche ?** Occasionnellement Régulièrement Le jour La nuit

- 6 **Vous considérez vous comme stressé, anxieux ?** oui

- 7 **Serrez vous ou grincez vous des dents ?** Le jour La nuit Occasionnellement Fréquemment

- 8 **Vous arrive -t-il ?** De vous ronger les ongles De couper les peaux autour des ongles avec vos dents
 De mordiller stylos / trombones De couper du fil ou autres.... avec vos dents

- 9 **Acidités buccales. Avez-vous :**

- des reflux gastriques un goût prononcé pour les saveurs acides : agrumes / vinaigre / moutarde / cornichons....
 des vomissements une consommation de boissons acides (sodas / jus de fruits....)
 un régime végétarien une consommation régulière de médicaments acides (vitamine C / aspirine ...)
 une pratique sportive intense une pratique de la natation intensive en bassin

Si oui, quelle fréquence et depuis quand ? :

-10 **Habitudes alimentaires cariogènes en dehors des repas :**

- Chocolat Thé, café, infusion sucrés Traitements homéopathiques multiples et fréquents
 sodas, jus de fruits Confiserie, biscuits Risques professionnels : boulanger, pâtisseries, cuisiniers

Si oui, quelle fréquence et depuis quand ? :

- 11 **Votre hygiène bucco-dentaire** : Vous utilisez :

- Brosse à dent manuelle souple médium dur
 Brosse à dent électrique sur secteur Brosse à dent électrique à piles Brossettes interdentaires Fil dentaire

- 12 **Vos gencives.** Avez-vous : des saignements des changements de positions dentaires
 des mobilités dentaires des antécédents familiaux de déchaussement

Avez-vous envie de nous parler de votre sourire?

Ne dit-on pas : *"le sourire est le reflet de l'âme"*?

"Le sourire que tu envoies, revient vers toi" (proverbe hindou)

"Le sourire est la langue universelle de la bonté" (William Arthur Ward)

"J'ai essayé de payer mes impôts avec le sourire, ils préfèrent un chèque !" (Jean Yanne, Acteur)

- 1 **Quelle place occupe votre sourire dans vos priorités?** il est très important il est assez important il est sans importance

- 2 **Que pensez-vous de votre sourire ?** il me convient parfaitement il ne me convient pas tout à fait il ne me convient pas du tout

- 3 **Si votre sourire ne vous convient pas, avez-vous identifié ce qui ne vous plaît pas ?**

- dents pas suffisamment claires / blanches colorations ou tâches dents pas assez visibles dent(s) absente(s)
 forme ou dimension non harmonieuse dents se chevauchent espaces entre les dents une asymétrie
 couronnes visibles (couleur / liseret) dent(s) fracturée(s) des déchaussements du métal apparent
 autres (à préciser) :

- 4 **La gène occasionnée** vous y pensez de temps en temps vous y pensez régulièrement vous y pensez au quotidien est obsessionnelle

- 5 **Ce que cela change pour vous :**

- vous souriez en gardant la bouche fermée quand vous vous faites photographier, vous modifiez votre attitude
 vous portez la main à votre bouche quand vous riez vous comparez souvent votre sourire à celui des autres
 vous manquez d'assurance quand vous souriez votre comportement envers les autres s'en trouve affecté

- 6 **Si vous deviez choisir un nouveau sourire, le souhaiteriez vous** naturel et harmonieux parfaitement "blanc et aligné"

- 7 **Si votre sourire ne vous convient pas, qu'envisagez-vous pour l'avenir ?**

- je n'ai jamais osé formuler la demande ! rien, je me ferais une raison
 rien car on m'a dit qu'il n'y avait rien à faire ! me renseigner pour savoir ce que je peux attendre comme modifications

