

# Questionnaire médical

Nom Prénom :  
Adresse + Ville :  
Profession :  
Téléphone fixe :  
E-mail :

Date de naissance :  
  
Téléphone portable :

**\*Entourez** les réponses aux questions « oui-non »

**Etes-vous suivi régulièrement par un médecin ?**  
(Médecin généraliste, *cardiologue, endocrinologue...*)  
**OUI, NON**  
Si oui, par qui et pour quel motif ?

**Avez-vous une maladie chronique, infectieuse, syndromique ?** (*Diabète, asthme, épilepsie, polyarthrite, hépatite, VIH...*)  
**OUI, NON**  
Si oui laquelle ?

**Prenez-vous des médicaments ?**  
**OUI, NON**  
Si oui, lesquels et pour quel motif ? (Rayez et entourez)  
- BIPHOSPHONATES :  
- Anti-coagulants :  
- Antibiotiques :  
- Anti-inflammatoires :  
- Autres :

**Etes-vous à risque d'endocardite infectieuse ?**

- Avez-vous une prothèse valvulaire ? **OUI, NON**
- Avez-vous un antécédent d'endocardite infectieuse ?  
**OUI, NON**
- Avez-vous une cardiopathie congénitale cyanogène ?  
**OUI, NON**

**Avez-vous été ou êtes-vous traité par radio ou chimiothérapie ?**  
**OUI, NON**

**Avez-vous des allergies ?**  
**OUI, NON**  
Si oui, lesquelles :

**Fumez-vous ?** **OUI, NON**  
Environ combien de cigarettes par jour ?

**Consommez-vous de l'alcool de façon régulière ?**  
**OUI, NON**  
Si oui, combien de verres par jour ?

**Consommez-vous d'autres substances ?** (*Cannabis, cocaïne, héroïne, hallucinogènes...*)  
**OUI, NON**  
Si oui, lesquelles ?

**Avez-vous d'autres informations médicales à communiquer ?**

**Etes-vous enceinte ?**  
**OUI, NON**  
Si oui, combien de semaines aménorrhée ?

**Allaitez-vous ?**  
**OUI, NON**

J'atteste l'exactitude de ce document et de ne rien avoir omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant mon état de santé et prescriptions médicales.

**DATE :**

**SIGNATURE :**



# Questionnaire dentaire

Quel est le motif de la consultation ? \_\_\_\_\_

## GENCIVES

- Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? **Oui**  **Non**
- Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? **Oui**  **Non**
- Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine "mauvais goût dans la bouche" ? **Oui**  **Non**



## DENTS

Avez-vous des dents extraites ? **Oui**  **Non**

Si oui, pour quelles raisons :  Caries  Infection ou abcès  Déchaussement  Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? **Oui**  **Non**

→ Si oui, par :  un bridge fixe  un appareil mobile  un Implant  
Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

→ Si non, pour quelles raisons ?

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?  
**Oui**  **Non**

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des dents sensibles : Au chaud  au froid  au sucre  aux acides  ou à la mastication  ?



## MÂCHOIRES

- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? **Oui**  **Non**
- Avez-vous des claquements ou des douleurs à la mâchoire ? **Oui**  **Non**
- Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher, ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? **Oui**  **Non**



## HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent DURE  MOYENNE  SOUPLE  ? Manuelle  Electrique  ?

Quand vous brossez-vous les dents **MATIN**  **MIDI**  **SOIR**  ?

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? .....

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



## DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? **Oui**  **Non**
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? **Oui**  **Non**
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? **Oui**  **Non**
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? **Oui**  **Non**

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?  
\_\_\_\_\_



Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup



Merci de votre collaboration.