



Agnès Illy Lamacque

Docteur en chirurgie-dentaire

QUESTIONNAIRE INITIAL

Nom - Prénom _____
Adresse _____
Commune- CP _____

Tél portable _____
Adresse mail _____
Profession _____

Questionnaire dentaire

Quelle est la raison de votre demande de rendez-vous

- Un bilan
- Un problème de gencive
- Un problème dentaire

Si douleur ou autre

- En haut En bas
- À votre droite À votre gauche
- Sur une dent Entre 2 dents Sur une zone plus large
- Quel numéro de dent en partant du milieu de la bouche : _____
- Ou quel numéro de dent en partant du fond de la bouche : _____
- Au chaud Au froid
- La nuit Après un repas N'importe quand
- Qui se prolonge Qui s'arrête tout de suite

- Demande esthétique



Votre santé bucco-dentaire

Quelle est la date de votre dernière visite chez le dentiste : _____

Avez-vous déjà fait extraire des dents

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Vos gencives saignent-elles

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Vos gencives sont elles sensibles

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Avez-vous mauvaise haleine

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Avez-vous déjà fait de l'orthodontie

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Êtes-vous gêné quand vous souriez ou devant
un miroir

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

Est-ce que vous aimeriez avoir les
dents plus blanches

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------



Avez-vous des douleurs aux articulations de la mâchoire

Y a-t-il un bruit à l'ouverture ou fermeture de la mâchoire

Avez-vous une ouverture limitée de la bouche

Avez-vous des dents mobiles

Avez-vous des dents sensibles au chaud ou au froid

Grincez-vous des dents

Avez-vous un problème de ronflement

Faites-vous de l'insomnie

Nettoyage de votre bouche

Type de brossage Manuel Électrique

Brossage quotidien Oui Non Dentifrice fluoré Oui Non

Fréquence du brossage dentaire matin midi soir

Habitudes alimentaires

Nombre de repas par jour : _____

Grignotage en dehors des repas Oui Non

Si oui Café Thé Soda Biscuits Fruits Autres

Questionnaire de santé

Date de Naissance _____

Taille _____

Poids _____

Avez-vous un problème de santé

Si oui, lequel : _____

Êtes-vous suivi par un médecin

Médecin généraliste traitant Nom : _____ Prénom : _____

Ville :



Dans l'année dernière, avez-vous noté un changement de votre santé

Prenez-vous des médicaments

Si oui, lesquels / pour quelle pathologie :

Avez-vous pris durant les 4 dernières semaines

(cocher les cases correspondantes)

Des antibiotiques

Des anti-inflammatoires

Des antidépresseurs

Êtes-vous allergique à certains produits

Si oui, lesquels :

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'une des maladies suivantes

(cocher les cases correspondant à votre état)

Problème cardiaque

Hypertension

Accident vasculaire cérébral

Asthme

Transfusion sanguine

Maladie des poumons

Maladies sanguines

Épilepsie

Rhumatisme articulaire

Problèmes thyroïdiens

Problèmes de reins

Cancer

Ulcère à l'estomac

Maladie des yeux

Diabète

Hépatite B

Hépatite C

Déficit immunitaire (VIH)

Ostéoporose

Maladies osseuses



Fumez-vous

Si oui, depuis quand _____ Nombre de cigarettes par jour _____

Avez-vous déjà fumé

Si oui, de quand à quand _____

Nombre de cigarettes par jour _____

Allaitez-vous

J'atteste
sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus

Date