

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

☐☐☐

Vos gencives saignent-elles

☐☐☐

Vos gencives sont elles sensibles

☐☐☐

Avez-vous mauvaise haleine

☐☐☐

Avez-vous déjà fait de l'orthodontie

☐☐☐

Êtes-vous gêné quand vous souriez ou devant un miroir

☐☐☐

Est-ce que vous aimeriez avoir les dents plus blanches

☐☐☐



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