

Questionnaire médical

créé le : _____

Patient: _____

Date de naissance: _____

Taille: _____

Poids: _____

Questionnaire dentaire

Quelle est la raison de votre visite :

- une douleur ?
- un contrôle ?
- une demande de traitement dentaire ?
- un problème de gencive ?

Oui	Non	Ne sait pas
Oui	Non	Ne sait pas
Oui	Non	Ne sait pas
Oui	Non	Ne sait pas

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

Avez-vous déjà fait extraire des dents ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Vos gencives saignent-elles ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Vos gencives sont-elles sensibles ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Avez-vous mauvaise haleine ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Avez-vous déjà fait de l'orthodontie ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Parlez-nous de votre sourire

Êtes-vous gêné quand vous souriez ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Devant un miroir, trouvez-vous des défauts à vos dents ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Est-ce que vous aimeriez avoir les dents plus blanches ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Parlez-nous de vous

Avez-vous des douleurs aux articulations de la mâchoire ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

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

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Avez-vous une ouverture limitée de la bouche ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Avez-vous des dents mobiles ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Avez-vous des dents sensibles au chaud ou au froid ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Grincez-vous des dents ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Avez-vous un problème de ronflement ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Faites-vous de l'insomnie ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Questionnaire de santé

Avez-vous un problème de santé ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Si oui, lequel ? _____

Êtes-vous suivi par un médecin ?

Oui	Non	Ne sait pas
------------------------------------	------------------------------------	--

Médecin généraliste traitant :

Nom: _____ Prénom: _____

Ville: _____

Dans la dernière année,

Avez-vous noté un changement de votre santé ?

Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, lesquels ? _____

Avez-vous pris durant les 4 dernières semaines :

- 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 correspondantes à votre état)

Problème cardiaque ☐

Hypertension ☐

Accident vasculaire cérébral ☐

Asthme ☐

Transfusion sanguine ☐

Maladies des poumons ☐

Maladies sanguine ☐

Épilepsie ☐

Rhumatisme articulaire ☐

Problème 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, combien de cigarettes par jour ? _____ , depuis _____ années

Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ?

Si oui, cela a-t-il provoqué une réaction anormale ?

Quelle(s) réaction(s) ? _____

Avez-vous déjà eu un saignement prolongé ?

(par exemple après une extraction dentaire)

Êtes vous enceinte ?

Date de dernières règles :

Allaitez-vous ?

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

Imprimé le :

Signature: