

IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui Non

Si oui, comment avez-vous été informé :

Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? Oui Non

Connaissez-vous les inconvénients et risques présentés par les implants ? Oui Non

Avez-vous des personnes de votre entourage qui ont déjà réalisé des implants ? Oui Non

Avez-vous déjà eu un contact avec un praticien posant des implants dentaires ? Oui Non

Connaissez-vous l'investissement moyen pour un implant ? Oui Non

SI VOUS PORTEZ UN APPAREIL :

Votre appareil vous cause-t-il des douleurs ou un inconfort lorsque vous mangez ? Oui Non

Avez-vous parfois de mauvaises odeurs sous votre appareil ? Oui Non

Vous arrive-t-il d'enlever votre appareil car il vous gêne ? Oui Non

MÂCHOIRES

Serez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ?.....

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ?

HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent ELECTRIQUE DURE MOYENNE SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

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

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ?

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 ?.....

DIVERS

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Pas du tout Un peu Beaucoup

Merci de votre collaboration.

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

Le :/...../20..... Signature :

Prénom- NOM

Date de naissance : N° de téléphone portable :

adresse :

Quel est le motif de votre consultation ?

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie et l'implantologie sont, aujourd'hui, devenues des sciences complexes faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires et implantaire, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est, désormais, de la plus grande importance.

Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Enfin, si vous avez des résultats de prises de sang régulières, une prescription récente de vos médecins traitants, ou tout autre document pouvant participer et préciser votre état de santé, nous vous demanderons de nous les apporter afin de les scanner et les insérer numériquement dans votre dossier.

Drs BIGOT, GARNIER, HAINAULT-TERNOIR, NICOLAS,



HISTORIQUE MÉDICAL

Nom de votre(ou vos) Médecin(s) traitant(s) :

A quand remonte votre dernier examen médical :

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui Non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaires Aigus |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne | <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac |
| | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux |

Autres maladies :

Êtes-vous cardiaque ? Oui Non

Si oui, quelle affection cardiaque ? Je ne sais pas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire | <input type="checkbox"/> Rétrécissement Aortique - RA |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale cyanogène non opérée | <input type="checkbox"/> Insuffisance Mitrale - IM |
| <input type="checkbox"/> Tétralogie ou trilogie de Fallot | <input type="checkbox"/> Prolapsus de la valve Mitrale - PVM |
| <input type="checkbox"/> Transposition des gros vaisseaux | <input type="checkbox"/> Bicuspidie aortique |
| <input type="checkbox"/> Antécédents d'endocardite infectieuse | <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale non cyanogène |
| | <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie hypertrophique obstructive |
| | <input type="checkbox"/> Communication interventriculaire |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiation ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui Non

Si oui, lesquels :

- | | | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Tranquillisant | <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Insuline |
| <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels :

- | | | | | |
|--|---|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal | <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Barbituriques | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine | |

Autre maladie ou autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ?

Êtes-vous fumeur ? Oui Non • Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ? Oui Non • Si oui, de combien de mois : Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ? Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes Bisphosphonates

Prenez-vous un de ces médicaments ? :

(BEVACIZUMAB (AVASTIN), SUNITINIB (SUTENT), ACTONEL, ACLASTA, AREDIA, BONDRONAT, BONVIVA, CLASTOBAN, DIDRONEL, FOSAVANCE, FOSAMAX, LYTOS, OSTEPAM, PAMIDRONATE, PAMINJECT, SKELID, ZOMETA).

GRUPE AVK

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DICOUMAROL | <input type="checkbox"/> FLUINDIONE |
| <input type="checkbox"/> PHENINDIONE | <input type="checkbox"/> TIOCLOMAROL |
| <input type="checkbox"/> WARFARINE | <input type="checkbox"/> DIPHENADIONE |
| <input type="checkbox"/> PHENPROCOUMONE | <input type="checkbox"/> CLORINDIONE |
| <input type="checkbox"/> ACENOCOUMAROL | <input type="checkbox"/> ATHYL BISCOUMACETANE |

GRUPE AOD

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DESIRUDINE | <input type="checkbox"/> BIVALIRUDINE | <input type="checkbox"/> RIVAROXABAN |
| <input type="checkbox"/> LEPIRUDINE | <input type="checkbox"/> DABIGATRAN ETEXILATE | <input type="checkbox"/> APIXABAN |
| <input type="checkbox"/> ARGATROBAN | | <input type="checkbox"/> EDOXABAN |
| <input type="checkbox"/> MELAGATRAN | | |
| <input type="checkbox"/> XIMELAGATRAN | | |

GRUPE XA

HISTORIQUE DENTAIRE ET IMPLANTAIRE :

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles ?

DENTS

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 déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui Non

Si oui, par : Chirurgie Médicaments Détartrage

GENCIVES

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 et amovible un Implant

Si non, pour quelle raison ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

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