

Nom : Prénom : Age :
 Profession : Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Adresse : E-mail :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Prenez-vous des médicaments ?	Oui / Non	Lesquels ?
Avez-vous des injections périodiques ?	Oui / Non	
Êtes-vous enceinte ?	Oui / Non	Combien de mois ?
Êtes-vous fumeur ?	Oui / Non	Votre consommation quotidienne ?
Avez-vous eu une intervention chirurgicale ou un traitement anti-cancéreux ?	Oui / Non	De quel type ?

Cochez les pathologies vous concernant :

<i>Cardio-vasculaire</i>	<i>Hématologique</i>	<i>Pulmonaire</i>
<i>Rénale</i>	<i>Urologique</i>	<i>Gynécologique</i>
<i>Gastro-intestinale</i>	<i>Hépatique</i>	<i>Rhumatismale</i>
<i>Ophthalmique</i>	<i>ORL</i>	<i>Nerveux ou Neurologique</i>
<i>Endocrinienne ou Métabolique</i>	<i>Cancer</i>	<i>Allergies</i>

Si vous avez une de ces pathologie ou un autre problème de santé, veuillez le décrire ci-dessous :

Si vous n'avez aucune pathologie ou problème de santé, cochez ici :

Je m'engage à vous informer de tout changement intervenant dans mon état de santé actuel.

Date et signature du patient :

Souhaitez-vous être contacté pour vos rendez-vous de contrôle par e-mail ? Oui / Non

Comment avez-vous connu notre cabinet dentaire ?

Mises à jour du questionnaire : TSVP →

Modifications par rapport au questionnaire initial :	Date et signature du patient :



Formalités et communications, organisation, ergonomie

Quels sont les motifs de votre consultation ?

Contrôle / prophylaxie	Information / conseils / bilan global	Fonctionnel	Douleurs
Occlusal	Orthodontie	Articulaire	Céphalées (maux de tête)
Parodontal	Récession gingivale (déchaussement)	Saignement	Détartrage
Dent(s) absente(s)	Mobilité(s) dentaire(s)	Implantologie	Prothèse
Fracture(s)	Ronflement / Fatigue au réveil	Esthétique	Halitose (problème d'haleine)

Mieux vous connaître :

- Quelle est la date de votre dernier contrôle dentaire / détartrage ?
- A quelle fréquence consultez-vous pour des contrôles ou des détartrages ?
- Avez-vous des dents sensibles : au chaud / au froid / à la mastication ?
- Saignez-vous des gencives au brossage ?
- Avez-vous un antécédent de chute ou de choc ?
- Pratiquez-vous un sport à risque ?
- Quelles sont vos habitudes alimentaires ?
 - grignotage entre les repas, soirées, nuits ?
 - boissons sucrées ?
- Avez-vous vos dents de sagesse ?
- Avez-vous eu un traitement orthodontique ?
- Grincez-vous (bruxisme) ou serrez-vous les dents la nuit ?
- Avez-vous l'habitude d'utiliser vos dents pour couper ou mordiller des objets ?
- Quelles sont vos habitudes de brossage ?
 - fréquence ?
 - type de brosse à dent : souple, moyenne, dure ? manuelle, électrique ?
 - dentifrice ?
 - moyens complémentaires :
 - hydropulseur (jet dentaire)
 - fil dentaire
 - brossettes inter dentaires
 - bâtonnets
 - autres ?

Merci du soin avec lequel vous avez bien voulu répondre à ce questionnaire.