

Mme **NOM** _____ **Date de naissance** JJ . MM . AAAA
 M. **Prénom** _____
 Adresse _____ **Profession** _____
 67 _____ **Tél. port.** _____

HISTORIQUE MEDICAL

Coordonnées de votre médecin traitant _____

Merci de mentionner les affections pour lesquelles vous êtes ou avez été suivi(e) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Asthme | <input type="radio"/> Névralgies | <input type="radio"/> Sinusites |
| <input type="radio"/> Accident Vasculaire Cérébral | <input type="radio"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="radio"/> Syndrome VIH (SIDA) |
| <input type="radio"/> Diabète | <input type="radio"/> Ostéoporose | <input type="radio"/> Troubles Rénaux |
| <input type="radio"/> Hépatite | <input type="radio"/> Pacemaker | <input type="radio"/> Thyroïde |
| <input type="radio"/> Maladies Cardiaques / Infarctus | <input type="radio"/> Phlébite | <input type="radio"/> Ulcère à l'Estomac |
| <input type="radio"/> Maladies du Foie | <input type="radio"/> Prothèses de Hanche, Genou | <input type="radio"/> Cancer / Radiothérapie |
| <input type="radio"/> Suivez-vous un traitement anti-coagulant pour fluidifier le sang ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |

COVID 19

Avez-vous été atteint par le Covid19 dans les 15 derniers jours ? Oui Non

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Antibiotiques | <input type="radio"/> Anti-inflammatoires | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Antalgiques | <input type="radio"/> Cortisone | <input type="radio"/> Aspirine | |
| <input type="radio"/> Traitement de l'hypertension artérielle | | <input type="radio"/> Insuline | |
| <input type="radio"/> Autres médicaments _____ | | <input type="radio"/> Contraception | |

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?

- | | | | |
|--|--|------------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Antibiotiques | <input type="radio"/> Anesthésiques locaux | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Anti-inflammatoires / Aspirine | <input type="radio"/> Latex | <input type="radio"/> Chlore | |
| <input type="radio"/> Codéine | <input type="radio"/> Métaux | <input type="radio"/> Formol | |
| <input type="radio"/> Autres _____ | | <input type="radio"/> Iode | |

Etes-vous fumeur ?

• Nombre de cigarettes / jour Oui Non



Madame, Mademoiselle

Êtes-vous enceinte ?

Oui

Non



HISTORIQUE DENTAIRE

Quels sont les motifs de votre consultation ?

• _____

A quand remonte votre dernier contrôle chez un dentiste ?

MM . AAAA

Avez-vous eu beaucoup de caries ou de dents soignées par le passé ?

Oui Non

Vous êtes-vous fait extraire les dents de sagesse ?

Oui Non

Avez-vous porté un appareil orthodontique pour redresser vos dents ?

Oui Non

Vous manque-t-il des dents ?

Oui Non

→ Les dents ont été remplacées par

un implant un bridge un appareil amovible un trou

Vous vous brossez les dents

Matin Midi Soir

Ressentez-vous actuellement des douleurs au froid / au chaud / à la mastication ?

Oui Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, ou spontanément ?

Oui Non

Avez vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ?

Oui Non

Certaines de vos dents sont-elles mobiles ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu des complications après un traitement dentaire ?

Oui Non

• Si oui, lesquelles _____

Est-ce que vous ronflez ?

Oui Non

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout Un peu Beaucoup

Strasbourg, le _____

Signature