



**Docteur Frédéric VERNET**

CHIRURGIEN-DENTISTE

Diplômé de la faculté de Montpellier

C.E.S. Odontologie chirurgicale

**IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE**

30 4 71913 1

# Historique médical et Dentaire

Chère patiente, cher patient,

La dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, 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.



## Docteur Frédéric VERNET

CHIRURGIEN-DENTISTE  
Diplômé de la faculté de Montpellier  
C.E.S. Odontologie chirurgicale  
**IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE**  
30 4 71913 1

Mme     Mlle     Mr

Profession :

Prénom :

Adresse email :

Nom :

Date de naissance :

Tél. domicile :

Tél mobile :

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.  
Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

## Historique médical

Nom de votre médecin traitant :

Date de votre dernier examen médical :

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

oui

non

Si oui, lesquels ?

Dans la liste suivante, cochez les items qui vous concernent actuellement ou qui vous ont concerné :

- |                                               |                                                |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur       | <input type="checkbox"/> Maladie du foie       | <input type="checkbox"/> Prothèse non dentaire  |
| <input type="checkbox"/> Asthme               | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque     | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang       | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV     |
| <input type="checkbox"/> Désordre hormonal    | <input type="checkbox"/> Maladie vénérienne    | <input type="checkbox"/> Sinusite chronique     |
| <input type="checkbox"/> Diabète              | <input type="checkbox"/> Œdème                 | <input type="checkbox"/> Syncope                |
| <input type="checkbox"/> Glaucome             | <input type="checkbox"/> Pacemaker             | <input type="checkbox"/> Thyroïde               |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C   | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Trouble des reins      |
| <input type="checkbox"/> Lésion cardiaque     | <input type="checkbox"/> Problème circulatoire | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne         |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac  | <input type="checkbox"/> Problème nerveux      |                                                 |

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

oui

non

Avez-vous subi un traitement par irradiation ?

oui

non

Parmi ces médicaments, cochez ceux que vous prenez en ce moment :

- |                                             |                                             |                                         |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique       | <input type="checkbox"/> Cortisone          | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique   | <input type="checkbox"/> Insuline           |                                         |
| <input type="checkbox"/> Aspirine           | <input type="checkbox"/> Tension artérielle |                                         |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : |                                             |                                         |

Parmi ces produits, cochez-ceux auxquels vous êtes allergique :

- |                                                         |                                                   |                                        |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local ou aspirine | <input type="checkbox"/> Iode ou produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal         |
| <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère     | <input type="checkbox"/> Latex                    | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Codéine                  | <input type="checkbox"/> Antibiotique  |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez :             |                                                   |                                        |



## Docteur Frédéric VERNET

CHIRURGIEN-DENTISTE  
Diplômé de la faculté de Montpellier  
C.E.S. Odontologie chirurgicale  
**IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE**  
30 4 71913 1

Êtes-vous fumeur ?  oui  non  
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Madame, Mademoiselle uniquement  
Etes-vous enceinte ?  oui  non  
Si oui, de combien de mois ?  
Prenez vous actuellement la pilule ?  oui  non  
Etes-vous ménopausée ?  oui  non

Autres informations à connaître pour vous soigner dans les meilleures conditions :

## Historique dentaire

Quelle est la raison de votre consultation ?

Date de votre dernière séance chez un dentiste ?  
Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ?  oui  non  
Si oui, lesquelles ?

## Gencives

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques 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

## Dents

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, comment ?  bridge fixe  appareil mobile  implant  
Si non, pour quelles raisons ?

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?  oui  non  
Si oui, lesquelles ?

Avez-vous des dents sensibles :  
 au chaud  au froid  au sucre  aux acides  à la mastication ?



## Docteur Frédéric VERNET

CHIRURGIEN-DENTISTE  
Diplômé de la faculté de Montpellier  
C.E.S. Odontologie chirurgicale  
**IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE**  
30 4 71913 1

### Mâchoires

- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?  oui  non
- Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou des douleurs à l'ouverture de la mâchoire ?  oui  non
- Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ?  oui  non

### Hygiène dentaire

- Utilisez-vous une brosse à dents ?  dure  moyenne  souple ?
- Quand vous brossez-vous les dents  matin  midi  soir ?
- A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?
- Utilisez-vous un fil de soie dentaire ou des brossettes inter-dentaires ?  oui  non

### Habitudes

- Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes ?
- |                                                              |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> succion du pouce                    | <input type="checkbox"/> se mordre la langue, la lèvre ou la joue |
| <input type="checkbox"/> se ronger les ongles                | <input type="checkbox"/> jouer d'un instrument musical à vent     |
| <input type="checkbox"/> croquer des cacahuètes, des glaçons | <input type="checkbox"/> mâcher un crayon, vos lunettes un stylo  |

### Dentisterie esthétique

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?  oui  non
- Aimeriez-vous avoir les 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 quand vous 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
- Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?



**Docteur Frédéric VERNET**

CHIRURGIEN-DENTISTE  
Diplômé de la faculté de Montpellier  
C.E.S. Odontologie chirurgicale  
**IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE**  
30 4 71913 1

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

- pas du tout       un peu       moyennement       beaucoup

Autres remarques utiles :

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.*

A Nîmes, le    /    /

Signature

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste\*. \*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.