



HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

Permettez-nous tout d'abord de vous remercier d'avoir choisi notre cabinet pour réaliser vos traitements dentaires.

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 soins**, cet historique médical et dentaire détaillé strictement **confidentiel** est de la plus grande importance et nous apportera une aide précieuse car chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires, les dents pouvant avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Nous passerons ensuite en revue ensemble votre historique. Si vous avez en votre possession des **documents ou des radiographies** qui pourraient être utiles, merci de les apporter avec vous.

Toute notre équipe est à votre service pour vous offrir des soins de la meilleure qualité ainsi que le meilleur accueil possible. Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon assistante, ou à moi-même, pour vous aider à le remplir.

Notre philosophie

*Orienté vers les traitements dentaires conservateurs, esthétiques, ainsi que la pose d'implants dentaires, nous attachons la plus grande importance à la **PREVENTION**. C'est pourquoi nous faisons à chaque nouveau patient un **BILAN COMPLET** dentaire et gingival lors de la première consultation. Nous proposons à chacun de nos patients un traitement adapté et personnalisé que nous mènerons à bien après un **ENGAGEMENT RECIPROQUE** pour la réussite de nos objectifs : **VOTRE SANTE – VOTRE BIEN-ETRE – VOTRE SATISFACTION***

Note : Vu le nombre important de demandes de rendez-vous, nous informons notre aimable patientèle que **tout rendez-vous annulé dans un délai inférieur à 2 jours ne pourra pas être reconduit !** Merci de votre compréhension.

DR CAMILLERI et son Equipe.



HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Mme ☐ Mlle ☐ Mr ☐	Date de naissance :/...../.....
Nom :	N° de Sécurité Sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
Prénom :	Adresse :
Tél. : Port. :	Code postal : Ville :
Email :	
Profession :	

*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 / Prénom de votre **Médecin traitant** : Ville :
- A quand remonte votre dernière visite chez un médecin ? :
- Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? Oui ☐ Non ☐
Si oui, lesquels ?

Merci de cocher les cases vous concernant actuellement ou dans le passé :

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

- Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous subi un traitement par radiations ? 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 ☐ Biphosphonates

- Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquels ? :

- | | | | | |
|---|---------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Traitement pour la tension artérielle | ☐ Aspirine | ☐ Antibiotiques | ☐ Anticoagulant | ☐ Tranquillisant |
| ☐ Insuline ou comprimés pour le diabète | ☐ Cortisone | ☐ Autres : | | |

- Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquels :

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Anesthésique local chez le Dentiste | ☐ Iode et produits dérivés | ☐ Métal |
| ☐ Anti-inflammatoire ou aspirine | ☐ Latex | ☐ Barbituriques |
| ☐ Antibiotique : | ☐ Codéine | ☐ Neuroleptique ou somnifère ☐ |

Autres :

- **Êtes-vous fumeur** : Oui ☐ Non ☐ Si oui, nombre de cigarettes /jour :

- Madame, prenez-vous actuellement la pilule ? Oui ☐ Non ☐

- **Etes-vous enceinte** : Oui ☐ Non ☐ Si oui, de combien de mois :mois

Autres informations pouvant nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions possibles :

.....

Historique Dentaire

- Quel est le motif de votre consultation aujourd'hui ?

- A quand remonte votre dernière séance chez un dentiste ?

- Avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?

GENCIVES

- Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Oui ☐ Non ☐

- Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui ☐ Non ☐

- Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, par : ☐ Chirurgie ☐ Médicaments ☐ Détartrage ☐ Traitement parodontal

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

DENTS

- Avez-vous des dents sensibles ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui : ☐ au chaud ☐ au froid ☐ au sucre ☐ aux acides ☐ à la mastication

- Avez-vous des dents extraites (= enlevées complètement) ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, pour quelles raisons :

☐ Caries ☐ Infection ou abcès ☐ Déchaussement ☐ Dent incluse ☐ Orthodontie ☐ Dent de sagesse

- Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui ☐ Non ☐

*Si oui, par : ☐ un bridge fixe ☐ un appareil mobile ☐ un implant

*Si non, pour quelle raison ?

- Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

MACHOIRES

- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui ☐ Non ☐

- Avez-vous remarqué des craquements, des claquements, ou une douleur 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

- Vous utilisez une brosse à dents manuelle : ☐ dure ☐ moyenne ☐ souple **ou** ☐ électrique ?

- Vous vous brossez les dents : ☐ le matin ☐ le midi ☐ le soir ☐ Plus de 3 fois par jour ☐ Jamais

- A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

- Utilisez-vous le fil dentaire ? Oui ☐ Non ☐

- Utilisez-vous des brossettes inter-dentaires ? Oui ☐ Non ☐

- Utilisez-vous un appareil de jet d'eau dentaire ? Oui ☐ Non ☐

HABITUDES

- Avez-vous eu par le passé ou maintenant l'une des habitudes suivantes ? :

☐ Succion du pouce ☐ Se mordre la langue, la lèvre, la joue ☐ Jouer d'un instrument musical à vent

☐ Se ronger les ongles ☐ Mâcher un crayon, vos lunettes, un stylo ☐ Croquer des coques de cacahuètes, des glaçons



HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et gencives ? Oui ☐ Non ☐
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui ☐ Non ☐
- Vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui ☐ Non ☐
- Aimerez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui ☐ Non ☐

DIVERS

- Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Oui ☐ Non ☐
Si oui : ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

- Si vous aviez la possibilité de changer quelque chose dans votre bouche, qu'aimeriez-vous changer ?

.....

.....

.....

.....

- Autres remarques utiles :

.....

.....

.....

« Merci de votre collaboration ! » Une dernière question...

Comment avez-vous connu notre cabinet :

- ☐ Vous avez été adressé(e) par Mme/Mr :
Nous tenons à remercier personnellement la personne qui vous a adressée à nous.
- ☐ Vous avez visité notre site internet « **drcamilleri.fr** »
- ☐ Autre :

"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".

Fait à, le / /

SIGNATURE :