

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom du patient _____ Âge _____ Référé par _____

Comment qualifieriez-vous l'état de votre bouche? Excellent Bon Correct Médiocre Dentiste précédent _____

Pendant combien de temps avez-vous été son patient? _____ mois/années Date du plus récent examen dentaire ____/____/____

Date des dernières radiographies ____/____/____ Date du dernier traitement (autre qu'un nettoyage) ____/____/____

Je vois régulièrement mon dentiste tous les: 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois Pas régulièrement

Quelle est votre préoccupation immédiate? _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

OUI NON

- 1 Avez-vous peur des soins dentaires? À quel degré, sur une échelle de 1 (très peu) à 10 (énormément) (____)?
- 2 Avez-vous connu par le passé une expérience dentaire déplaisante?
- 3 Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire?
- 4 Avez-vous déjà rencontré des problèmes d'anesthésie inefficace, ou fait des réactions à un anesthésique local?
- 5 Avez-vous déjà eu des bagues, un traitement orthodontique ou un traitement d'ajustement de l'occlusion?

GENCIVES ET OS

- 7 Est-ce que vos gencives saignent ou vous font mal lorsque vous vous brossez les dents ou utilisez du fil dentaire?
- 8 Avez-vous jamais reçu un traitement pour une maladie des gencives ou été informé que vous aviez perdu du tissu osseux autour de vos dents?
- 9 Avez-vous déjà remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche?
- 10 Y a-t-il des antécédents de maladies parodontales dans votre famille?
- 11 Avez-vous déjà remarqué du déchaussement de gencive?
- 12 Avez-vous déjà eu des dents qui se détachent d'elles-mêmes (sans qu'il s'agisse du résultat d'une blessure), ou avez-vous du mal à croquer dans une pomme?
- 13 Avez-vous éprouvé une sensation de brûlure dans la bouche?

STRUCTURE DES DENTS

- 14 Avez-vous eu des caries ces 3 dernières années?
- 15 Avez-vous l'impression que vous ne salivez pas assez, ou éprouvez-vous des difficultés à avaler des aliments?
- 16 Sentez-vous ou voyez-vous des trous (petits cratères, irrégularités) à la surface de vos dents, à l'endroit où vous mordez?
- 17 Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, aux sucreries? Y a-t-il une partie de votre bouche que vous évitez de broser?
- 18 Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents, près de la ligne des gencives?
- 19 Avez-vous déjà eu des dents cassées ou ébréchées, des maux de dents ou un plombage cassé?
- 20 Vous arrive-t-il fréquemment que de la nourriture reste coincée dans vos dents?

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

- 21 Avez-vous des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire? (douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, claquements...)
- 22 Avez-vous l'impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez?
- 23 Éprouvez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, à manger des carottes, des noix, des bagels, de la baguette, des barres protéinées ou tout autre aliment dur et sec?
- 24 Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années? Vous paraissent-elles plus courtes, plus fines ou usées?
- 25 Vos dents sont-elles moins bien alignées qu'avant? Est-ce qu'elles se chevauchent?
- 26 Avez-vous l'impression que vos dents sont plus espacées ou qu'elles sont moins solidement attachées?
- 27 Devez-vous déplacer votre mâchoire ou faire des efforts spécifiques pour que vos dents s'emboîtent?
- 28 Placez-vous votre langue entre vos dents ou fermez-vous vos dents contre votre langue?
- 29 Vous arrive-t-il de croquer des glaçons, de vous ronger les ongles, de tenir des objets avec vos dents? Avez-vous d'autres habitudes spécifiques à ce niveau?
- 30 Serrez-vous les dents pendant la journée? Vous arrive-t-il de vous faire mal?
- 31 Avez-vous des problèmes de sommeil (agitation, par exemple), vous arrive-t-il de vous réveiller avec un mal de tête ou une impression étrange au niveau des dents?
- 32 Portez-vous ou avez-vous déjà porté un appareil de correction de l'occlusion?

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

- 33 Y a-t-il quoi que ce soit sur l'apparence de vos dents que vous aimeriez changer?
- 34 Vous êtes-vous déjà blanchi les dents?
- 35 Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise à propos de l'apparence de vos dents?
- 36 Avez-vous déjà été déçu par un travail sur vos dents, par le passé?

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____