

Dr SAINT-AMAND Florence  
Dr BROUSSET Jacques  
Dr LAFITTE Lilian  
196 impasse des loirs  
40150 Hossegor

tel:05 58 72 38 83

## HISTORIQUE MEDICAL ET DENTAIRE

Chère patiente, cher patient,

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

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique 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 grand nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous demandons de répondre avec soins aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune de vos réponses peut avoir un lien 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 au près 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.

Dr Saint-Amand Florence et son équipe

# CABINET DENTAIRE HOSSEGOR

## QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_ **DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**Quel est votre motif de consultation ? :** \_\_\_\_\_

	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
1. Etes-vous en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous en traitement actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes/ jour ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prenez-vous des médicaments ? <u>Lesquels :</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous subi une opération majeure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été gravement malade depuis 5 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Présentez vous une maladie chronique? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous maigri d'une manière importante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quand vous vous blessez, mettez-vous longtemps à cicatriser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Consommez vous des substances addictives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu une Hépatite ? VIH / SIDA? Herpes ? Tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous subi un traitement par radiation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Etes-vous cardiaque ? Trouble du rythme? Infarctus ? Stent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Faites-vous de la température sans qu'on en décèle les causes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Etes-vous diabétique, avez-vous des diabétiques dans votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Souffrez-vous de désordres hormonaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Etes-vous allergique à un médicament ou autre? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous un ulcère d'estomac ou une gastrite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Suivez-vous un régime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Souffrez-vous d'hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Présentez-vous des maladies du sang ? Antécédent d'anémie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Souffrez-vous de douleurs au niveau de la tête ou du cou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Grincez-vous, ou serrez-vous les dents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Faites-vous de l'apnée du sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous des difficultés chez le dentiste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vos gencives saignent-elles après le brossage, voir spontanément?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Avez-vous eu un traitement d'orthodontie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Aimeriez-vous des dents plus blanches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Etes vous satisfait(e) de l'apparence de votre sourire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous des troubles gynécologiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Prenez-vous la pilule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Allaitiez-vous ? Êtes vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Etes-vous ménopausée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Prenez vous un traitement pour l'ostéoporose ? Biphosphonates ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Etes-vous suivi par un spécialiste médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez préciser : cardiologue, pneumologue, allergologue, neurologue, dermatologue, gastro-entérologue, nutritionniste, endocrinologue, oncologue, ophtalmologiste, hématologue, psychologue, psychiatre, psychanalyste, ORL, autre :			
36. Brosse à dent: <input type="checkbox"/> ELECTRIQUE, <input type="checkbox"/> MANUELLE (Dure / Moyenne/ Souple)			
37. Brossage: <input type="checkbox"/> MATIN <input type="checkbox"/> MIDI <input type="checkbox"/> SOIR			

**Le nom de votre médecin traitant:** \_\_\_\_\_

Hossegor, le

Signature :

**Ce questionnaire est strictement confidentiel et couvert par le secret médical.**

Ce questionnaire permet à votre praticien de connaître votre état de santé et vos traitements afin de prendre les décisions thérapeutiques les mieux adaptées à votre cas.

**Prenez le temps de le compléter soigneusement.**