

# Bilan de santé

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____ Prénom _____ n° SS _____ Assurance Maladie Complémentaire _____ <i>Pensez à vous munir de votre attestation pour votre prochain rendez-vous</i>
Nom de naissance _____ Adresse _____ Code postal _____ Ville _____
Tél. domicile _____ portable _____ professionnel _____ E-mail _____
Nom, prénom et coordonnées du tuteur ou curateur, le cas échéant _____
Date de naissance _____ Taille _____ Poids (kg) _____ Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Profession _____ <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité
Motif de votre consultation dentaire <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Bilan <input type="checkbox"/> Contrôle/Détartrage <input type="checkbox"/> Autre _____ Si un professionnel de santé vous adresse, indiquez ses nom, prénom et coordonnées _____
A quand remonte votre dernière consultation dentaire ? _____ Êtes-vous anxieux(se) à l'idée de réaliser des soins dentaires ? <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup Comment percevez-vous l'état général de votre bouche ? <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Mauvais
<b>Lors de précédentes visites chez le dentiste</b> Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ou un malaise vagal ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous eu un réflexe nauséeux pendant les soins ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous eu un saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale, extraction dentaire ou des blessures ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Êtes-vous sujet(e) aux ecchymoses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous eu des réactions anormales à la suite d'une anesthésie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquelles ? _____ Vous-a-t-on prescrit des antibiotiques avant un traitement dentaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Avez-vous connu une expérience déplaisante ou rencontré une difficulté particulière ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui De quelle nature ? _____ Avez-vous des difficultés à rester allongé(e) ou à garder la bouche ouverte ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez _____

Pratiquez-vous un sport ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_

Pratiquez-vous un instrument de musique ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_

Autres activités de loisir \_\_\_\_\_

Fumez-vous ?  Non  Oui  a arrêté Sous quelle forme ? \_\_\_\_\_

Précisez votre consommation  par jour par semaine par mois

Arrêté le \_\_\_\_\_

Consommez-vous de l'alcool ?  Jamais  Rarement  Régulièrement

Consommez-vous des stupéfiants ?  Non  Oui  a arrêté Arrêté le \_\_\_\_\_

Avez-vous fait l'objet de violences, physiques ou psychologiques ?  Non  Oui

Avez-vous reçu un choc violent sur la tête, le cou ou ailleurs ?  Non  Oui

Avez-vous subi des violences dans l'enfance, au travail ou dans votre vie de couple ?  Non  Oui

Avez-vous subi des évènements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire mal aujourd'hui ?  Non  Oui

### Pour les femmes

Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ?  Non  Oui Date prévue de l'accouchement \_\_\_\_\_

Allaitez-vous ?  Non  Oui Une grossesse est-elle souhaitée ou attendue prochainement ?  Non  Oui

Moyen de contraception \_\_\_\_\_

Nom, prénom et coordonnées de votre médecin traitant

A quand remonte votre dernier examen médical ? \_\_\_\_\_

Si vous êtes suivi par un spécialiste en ville ou à l'hôpital, motif, nom, prénom et coordonnées

Prenez-vous actuellement ou régulièrement des médicaments ?  Non  Oui Lesquels ? \_\_\_\_\_

Merci de bien vouloir, au choix :  Apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous  Adresser un scan par mail

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?  Non  Oui Lesquelles ? \_\_\_\_\_

Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ?  Non  Oui Laquelle ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé au cours des 5 dernières années ?  Non  Oui Pour quel motif ? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'un handicap particulier ?  Non  Oui De quelle nature ? \_\_\_\_\_

### Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou de plusieurs affections de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

#### Maladie cardiovasculaire

- Hypertension artérielle
- Infarctus du myocarde
- Angine de poitrine (angor)
- Anomalie du rythme cardiaque
- Insuffisance cardiaque
- Endocardite infectieuse
- Affection valvulaire ou souffle au cœur
- Malformation cardiaque
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Rhumatisme articulaire aigu
- Troubles circulatoires (phlébite)
- Embolie pulmonaire
- Angioplastie cardiaque (stent)

#### Maladie respiratoire

- Asthme
- Insuffisance respiratoire
- Bronchite chronique
- Tuberculose

#### Maladie digestive

- Cirrhose
- Insuffisance hépatique
- Ulcère gastroduodénal
- Brûlures d'estomac (gastrite)
- Reflux gastro-œsophagien
- Rectocolite hémorragique (RCH)
- Maladie de Crohn
- Colite

#### Maladie nez/gorge/oreille

- Angine
- Sinusite chronique
- Rhume ou rhino-pharyngite chronique
- Otite
- Acouphènes
- Vertige ou trouble de l'équilibre

#### Maladie du sommeil

- Insomnie
  - Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
  - Ronflement, fatigue ou somnolence
  - Autres
- Précisez \_\_\_\_\_

### Maladie du système nerveux

- Spasmophilie
- Crise de tétanie
- Épilepsie, convulsion
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Migraine
- Algies ou douleurs de la face, épaules, cou

### Maladie rénale

- Insuffisance rénale modérée et sévère
- Insuffisance rénale terminale (dialyse)
- Pyélonéphrites à répétition

### Maladie des yeux

- Glaucome
- DMLA

### Maladie du sang

- Anémie
- Purpura
- Hémophilie
- Autre déficit en facteur de coagulation  
Lequel ? \_\_\_\_\_

### Maladie infectieuse

- Sérologie hépatite B positive
- Sérologie hépatite C positive
- Sérologie HIV positive
- SIDA
- Herpès (bouton de fièvre)
- Candidose

### Maladie de peau

- Eczéma
- Psoriasis
- Autres  
Précisez \_\_\_\_\_

### Maladie rhumatologique

- Arthrose
- Ostéoporose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Maladie de Paget
- Tendinites

### Maladie endocrinienne

- Diabète
- Hypothyroïdie
- Hyperthyroïdie
- Troubles des glandes surrénales

### Autres troubles

- Troubles psychiatriques
- Dépression
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie)

Je ne présente aucune de ces affections

Avez-vous déjà souffert d'un cancer ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_ A quelle date ? \_\_\_\_\_

Autres maladies

### Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Avez-vous été traité par radiothérapie ?  Non  Oui (traitement par irradiation)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été traité par chimiothérapie ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une greffe ?  Non  Oui Laquelle ? \_\_\_\_\_ A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu une transfusion ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous porteur d'un pacemaker ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une chirurgie cardiaque ?  Non  Oui (pontage aorto-coronaire)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang (antiagrégant plaquettaire) ?  Non  Oui (ex: Aspirine®, Aspegic®, Kardegic®, Plavix®, Eflent®, Brilique®, Ticlid®, Cebutid®, Asasantine®, Duoplavin®, ...)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous sous anticoagulant ?  Non  Oui (ex: Sintrom®, Minisintrom®, Previscan®, Coumadine®, Calciparine®, Fraxiparine®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, ...)

Lequel ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par corticoïde au long cours ? (supérieure à 1 mois)  Non  Oui

Lequel ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par immunosuppresseurs ?  Non  Oui (ex: Imurel®, Cellcept®, Myfortic®, Methotrexate®, Humira®, Enbrel®, Remicade®, Cimzia®, Simponi®, ...)

Lequel ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise \_\_\_\_\_

Avez-vous une prothèse orthopédique ?  Non  Oui (hanche, genou, coude, ...)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous pris ou prenez-vous (même dans les 10 ans) un traitement aux biphosphonates ?  Non  Oui

(ex: Didronel®, Skélid®, Osteopam®, Lytos®, Clastoban®, Fosamax®, Fosavance®, Adavance®, Actonel®, Bonviva®, Bondronat®, Zométa®, Aclasta®, Prolia®, Xgeva®, Protelos®, ...)

Sous quelle forme (voie orale ou perfusion IV, injection) ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise \_\_\_\_\_

Prenez-vous un traitement neuroleptique ou au lithium ?  Non  Oui

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_

Autres traitements \_\_\_\_\_

## Êtes-vous allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Anesthésiques locaux  Aspirine  Antibiotiques Précisez \_\_\_\_\_

Codéine  Ibuprofène (ex : Advil®, Nurofen®, Spifen®, ...)

Iode et produits dérivés  Sédatifs ou neuroleptique Précisez \_\_\_\_\_

Autres médicaments Précisez \_\_\_\_\_

Métaux  Latex ou gants médicaux, ménagers  Résines (prothèses résines, couronnes résines, ...)

Allergie alimentaire (banane, avocat, kiwi, châtaigne, sarrasin, poivron)

Autres produits Précisez \_\_\_\_\_

Signes apparus (plaques rouges, œdème de Quincke, vertige, diarrhées, maux d'estomac) \_\_\_\_\_

Je n'ai aucune de ces allergies

## Apprendre à mieux vous connaître sur le plan bucco-dentaire

### Vos gencives

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

Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour une maladie des gencives ?  Non  Oui

Nature du diagnostic et/ou du traitement \_\_\_\_\_

Y a-t-il des antécédents de maladie des gencives dans votre famille (gingivite, parodontite, déchaussement...)?

Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau de vos gencives ?

Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

### Vos dents, quels sont les problèmes dentaires à nous signaler ?

Sensibilité  Non  Oui À quoi ?  Chaud  Froid  Acide  Sucré  Pression

Mobilité dentaire  Non  Oui

Hormis les dents de sagesse et les dents de lait, avez-vous eu d'autres dents extraites ?  Non  Oui

Les dents extraites sont-elles remplacées ?  Non  Oui

Souhaitez-vous remplacer vos dents absentes ? \_\_\_\_\_

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous suivi un traitement orthodontique ?  Non  Oui Quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une chirurgie des mâchoires ?  Non  Oui Quand ? \_\_\_\_\_

Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ?  Non  Oui A quel(s) endroit(s) \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des caries au cours des 5 dernières années ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

Vos dents se sont-elles raccourcies, affinées ou usées au cours des 5 dernières années ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

### Vos mâchoires

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?  Non  Oui Quand ?  Le jour  La nuit

Avez-vous remarqué des craquements, claquements ou une douleur de vos mâchoires lors des mouvements d'ouverture de la bouche ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?  Non  Oui  
Votre mâchoire s'est-elle déjà bloquée ?  Non  Oui En quelles circonstances ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des maux de tête, d'oreilles, de douleurs aux mâchoires au réveil ?  Non  Oui  
Avez-vous des difficultés à vous alimenter, à avaler ou à mâcher/croquer certains aliments ?  Non  Oui Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_  
Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir ?  Non  Oui Pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

### Votre hygiène bucco-dentaire

Utilisez-vous une brosse à dents ?  Non  Oui  Une brosse à dents manuelle  Une brosse à dents électrique  
Les poils de la brosse sont  Souples  Medium  Durs

Quand vous brossez-vous les dents ?  Matin  Midi  Soir

A quel rythme changez-vous votre brosse à dents ? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous  Du fil de soie dentaire  Des brossettes interdentaires  Des bains de bouche  Autres \_\_\_\_\_  
Croyez-vous avoir mauvaise haleine ?  Non  Oui

Avez-vous déjà utilisé du révélateur de plaque dentaire ?  Non  Oui  Je ne sais pas ce que c'est

### Avez-vous l'une des habitudes suivantes ?

Succion du pouce  Non  Oui Se mordre les joues, les lèvres ou la langue  Non  Oui

Se ronger les ongles  Non  Oui Utiliser ses dents pour couper du fil, ouvrir des emballages  Non  Oui

Mâcher un stylo, un cure dent  Non  Oui Autres habitudes  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

Croquer des glaçons ou des aliments très durs (noix...)  Non  Oui

Consommation de boissons sucrées / acides (jus de fruits, sodas...)  Jamais  Occasionnellement  Régulièrement  Tous les jours

Manger entre les repas  Jamais  Occasionnellement  Régulièrement  Tous les jours

### L'esthétique de votre bouche

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?  Non  Oui

Avez-vous déjà eu un traitement pour éclaircir vos dents ?  Non  Oui

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?  Non  Oui

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

Avez-vous le sentiment que vos dents sont moins bien alignées qu'avant ou qu'elles se chevauchent ?  Non  Oui

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème de santé non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, nous vous remercions de le préciser ci-dessous :

Pour votre prochain rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir :  
- des ordonnances des médicaments que vous prenez,  
- des éventuelles radios dentaires en votre possession,  
- de votre carte Vitale et des éventuels justificatifs papier pour votre remboursement.

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé, et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature