



Historique médical & dentaire

Merci de bien vouloir apporter la plus grande attention aux différents champs ci-dessous ; nos chirurgiens-dentistes commenteront vos éléments de réponse, lors de votre rendez-vous. Ces informations nous permettent de réaliser des actes avec la plus grande sécurité au sein de notre cabinet au coeur de Nantes.

Nom : _____

Nom de votre médecin traitant : _____

Prénom : _____

A quand remonte votre dernier examen médical : _____

Téléphone : _____

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis 1 an ? :

E-mail : _____

OUI - NON

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

Antidépresseurs

Maladie du Foie

Prothèses (autres que dentaires)

Asthme

Maladies cardiaques

Rhumatisme articulaire aigu

Chirurgie esthétique

Maladies du sang

Séropositivité HIV

Désordres hormonaux

Maladies vénériennes

Sinusites répétées

Diabète

Oedèmes (gonflements)

Syncopes, vertiges

Glaucome

Pacemaker

Thyroïde

Hépatite A, B ou C

Pertes de connaissance

Trouble des reins

Lésions cardiaques

Problèmes circulatoires

Tumeur maligne

Ulcères à l'estomac

Problèmes nerveux

Autres maladies > Préciser : _____

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

Avez-vous subi un traitement par radiation ? : OUI - NON

Avez-vous un traitement pour l'ostéoporose ? : OUI - NON

Prenez-vous des médicaments en ce moment ? : OUI - NON

(oui à la question précédente) > : Lesquels : _____

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? _____

Combien fumez-vous de cigarettes par jours ? _____

Madame, êtes-vous enceinte ? depuis combien de mois ? _____

Prenez-vous actuellement un contraceptif oral ? _____

Êtes-vous ménopausée ? _____

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus, merci de le préciser ici :

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? : OUI - NON

(oui à la question précédente) : Lesquels : _____

GENCIVES : vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? _____

Avez vous déjà été traités pour vos gencives ? _____

Avez-vous des dents extraites ? : OUI - NON

(oui à la question précédente) : Pour quelles raisons ? _____

(oui à la question précédente) : Ont-elles été remplacées ? _____

Êtes vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? : OUI - NON