



# 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