

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mme / Mlle

Nom et prénom du patient : .....

Date et lieu de naissance du patient : ...../...../..... à : .....

Adresse : ..... CP/Ville : .....

Tél(s) : ..... Portable : .....

Email : ..... @ .....

Profession : .....

Nom de la caisse de sécurité sociale de l'assuré : .....

N° de sécurité sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ?  Non  Oui Si oui,  ACS Social  A  B  C

Bénéficiaire de la CMU ?  Non  Oui Bénéficiaire de la MGEN ?  Non  Oui

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ?  Parent  Ami  Docteur  Internet  Autre : .....

Quel est le motif de la visite ? .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 1/2

Médecin traitant : ..... Ville : .....

• Problèmes ORL (asthme, apnée du sommeil) :

Non  Oui Précisez : .....

• Hépatite A, B ou C :

Non  Oui Précisez : .....

• Syncopes, vertiges :  Non  Oui

• Ulcère à l'estomac :  Non  Oui

• Désordres hormonaux :

Non  Oui Précisez : .....

• Diabète :  Non  Oui

• Virus HIV :  Non  Oui

• Maux de tête fréquents :  Non  Oui

• Troubles alimentaires :

Non  Oui Précisez : .....

• Problèmes de dos :  Non  Oui

• Ménopause :

Non  Oui Traitement : .....

• Autres maladies :

Non  Oui Précisez : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 2/2

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non  Oui Précisez : .....

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie...) ?

Non  Oui Précisez : .....

Quelle est votre consommation moyenne d'alcool ?

Nulle  1 verre/mois  1 verre/semaine

1 verre/jour  Plus : précisez : .....

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires ?

Non  Oui Opération & date : .....

Prenez-vous des antibiotiques ou en avez-vous pris durant les 4 dernières semaines ?

Non  Oui Précisez : .....

Etes-vous traité contre l'ostéoporose ?

Non  Oui Médicaments : .....

Fumez-vous ?

Non  Oui Cigarettes par jour : .....

Etes-vous enceinte ?

Non  Oui Accouchement le : .....

Allaitiez-vous ?

Non  Oui

## ALLERGIES CONNUES

Aliments :  Non  Oui - Précisez : ..... Pénicilline :  Non  Oui Aspirine :  Non  Oui

Latex :  Non  Oui Antibiotique :  Non  Oui Codéine :  Non  Oui

Métal non précieux :  Non  Oui Anti-inflammatoire :  Non  Oui Autres : .....

## QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dentiste traitant : ..... Ville : .....

Dernière visite chez votre dentiste :

0-6 mois  6-12 mois  + de 12 mois - précisez : .....

Actes effectués lors de votre dernière visite :

.....

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ?

Non  Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ?

Non  Oui Brossage, alimentation ? .....

Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ?

Non  Oui

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ?

Non  Oui

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Non  Oui

## AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :

Traitement des gencives :  Non  Oui

Traitement d'orthodontie :  Non  Oui

Traitement de canal :  Non  Oui

Obturations (réparations) :  Non  Oui

Couronnes ou ponts :  Non  Oui

Prothèses complètes ou partielles :  Non  Oui

Implants dentaires :  Non  Oui

Autres - précisez :  Non  Oui

## HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :

Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie\* ?

Nom du prédécent praticien : .....

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ?  Non  Oui

\*Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.

Je soussigné(e) ....., atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé, des prescriptions médicales et/ou de coordonnées (adresse, numéro de téléphone), je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.

Date :

Signature du patient :