

# ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Nom et prénom	Comment percevez-vous l'état de votre bouche ? Excellent Bon Passable Médiocre
Dentiste précédent	Depuis combien de temps êtes-vous un patient? _____ mois / _____ années
Date de l'examen dentaire le plus récent / /	Date des radios les plus récentes / /
Date du traitement le plus récent (autre qu'un nettoyage) / /	
Je vois régulièrement mon dentiste tous les 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois pas régulièrement	
QUEL EST VOTRE SOUCI IMMEDIAT ?	

## ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

1. Appréhendez-vous les traitements dentaires ? Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (beaucoup)	
2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire défavorable ?	OUI NON
3. Avez-vous déjà eu des complications sur l'un de vos traitements dentaires précédents ?	OUI NON
4. Avez-vous déjà eu de la difficulté à être insensibilisé ou avez-vous eu des réactions aux anesthésiques locaux ?	OUI NON
5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, reçu un traitement orthodontique ou une correction de l'occlusion ?	OUI NON
6. Avez-vous déjà eu des dents extraites ?	OUI NON

## STRUCTURE DES DENTS

7. Avez-vous déjà eu des caries dentaires ces 3 dernières années ?	OUI NON
8. Est-ce que la quantité de salive dans votre bouche semble trop faible ou avez-vous des difficultés à avaler les aliments ?	OUI NON
9. Est-ce que vous sentez ou avez remarqué des trous ou des irrégularités sur la surface de vos dents ?	OUI NON
10. Avez-vous des dents sensibles au chaud, au froid, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser une partie de vos dents ?	OUI NON
11. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près du bord de la gencive ?	OUI NON
12. Avez-vous déjà eu des dents cassées, ébréchées, mal aux dents ou un plombage fissuré ?	OUI NON
13. Avez-vous des aliments qui restent coincés entre les dents ?	OUI NON

## GENCIVES ET OS

14. Est-ce que vos gencives saignent ou sont douloureuses au brossage ou en passant le fil dentaire ?	OUI NON
15. Avez-vous déjà été traité pour une maladie des gencives ou vous a-t-on dit que vous présentiez une perte osseuse autour des dents ?	OUI NON

16. Avez-vous remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche ?	OUI NON
17. Y a-t-il des antécédents familiaux de parodontopathie (déchaussement dentaire) ?	OUI NON
18. Avez-vous les gencives qui ont changé de position (récession) ?	OUI NON
19. Avez-vous déjà eu des dents qui bougent (en dehors d'un traumatisme, choc) ou avez-vous des difficultés à manger une pomme ?	OUI NON
20. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche ?	OUI NON

## OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

21. Avez-vous des problèmes de l'articulation de la mâchoire (douleurs, craquements, limitation d'ouverture, blocage, claquements) ?	OUI NON
22. Avez-vous l'impression que votre mâchoire du bas est poussée en arrière quand vous serrez vos dents ?	OUI NON
23. Evitez-vous ou avez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, du pain ou autres aliments durs ?	OUI NON
24. Durant les 5 dernières années, vos dents ont-elles changé, devenant plus courtes, plus fines ou usées ?	OUI NON
25. Avez-vous l'impression que vos dents se tordent ou se chevauchent ?	OUI NON
26. Vos dents sont-elles resserrées ou écartées ?	OUI NON
27. Serrez-vous les dents toujours de la même manière ou avez-vous plusieurs positions ?	OUI NON
28. Placez-vous votre langue entre vos dents ou reposez-vous vos dents sur votre langue ?	OUI NON
29. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles, utilisez vos dents pour tenir des objets ou autres habitudes ?	OUI NON
30. Serrez-vous vos dents durant la journée ou les rendez-vous douloureuses ?	OUI NON
31. Avez-vous des problèmes de sommeil, de douleurs ou d'hyperconscience de vos dents au réveil ?	OUI NON
32. Portez-vous ou avez-vous porté un appareil correcteur d'occlusion ?	OUI NON

## CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

33. Aimerez-vous changer quelque chose dans l'apparence de vos dents ?	OUI NON
34. Avez-vous déjà fait un blanchiment dentaire ?	OUI NON
35. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou gêné par l'aspect de vos dents ?	OUI NON
36. Avez-vous été déçu(e) par l'apparence de travaux dentaires précédents ?	OUI NON

Date    /    /

Signature