Une image contenant texte

Description générée automatiquementMadame / Monsieur (souligner)   
Nom du patient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Prénom du patient\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Adresse Complète\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Chez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Représentant légal (mineur ou tutelle) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Natel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Envoyé (e ) par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Prise en charge par : Hospice Général / SPC-OCPA / Assurance dentaire (souligner)

**Merci de bien vouloir remplir les 2 pages suivantes afin que nous fassions plus ample connaissance!**

**HISTORIQUE MEDICALE**

Médecin traitant Date du dernier examen Raison Comment considérez-vous votre santé générale ?  Excellente  Bonne  Moyenne  Mauvaise

# AVEZ-VOUS ou AVEZ-VOUS DEJA EU : OUI NON OUI NON

1. Hospitalisation pour maladie ou blessure
2. Une allergie ou une mauvaise réaction à Aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine

Pénicilline

Érythromycine Tétracycline Sulfamide Anesthésiques Fluor

Chlorhexidine (CHX)

Métaux (nickel, or, argent, ) Latex Noisettes

Fruits Lait Colorant rouge Autre

1. Problèmes cardiaques, ou stent posé ces 6 derniers mois
2. Antécédents d’endocardite infectieuse
3. Valve cardiaque artificielle, anomalie cardiaque réparée
4. Pacemaker ou défibrillateur implantable
5. Prothèse articulaire ou des tissus mous (articulation, implant mammaire, etc.)
6. Scarlatine, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu
7. Hypertension ou Hypotension
8. Accident vasculaire cérébral (prise d’anticoagulants)
9. Anémie ou autre troubles sanguins
10. Saignements prolongés à la suite d’une petite coupure (ou INR > 3.5)
11. Pneumonie, emphysème, souffle court, sarcoïdose
12. Infection chronique oreilles, tuberculose, oreillons, rougeole, varicelle
13. Troubles respiratoires (asthme, nez bouché, congestion sinus)
14. Troubles du sommeil (apnées, ronflements, insomnies, sommeil sans repos, pipi)
15. Maladie du rein
16. Maladie du foie ou jaunisse
17. Vertiges
18. Maladie de la thyroïde, parathyroïde, ou carence en calcium
19. Déficience ou déséquilibre hormonal (ex: syndrome ovarien polykystique)
20. Cholestérol élevé ou prise de statines
21. Diabète (HbA1c = )
22. Ulcère à l’estomac ou au duodénum
23. Troubles digestifs ou de l’alimentation (maladie cœliaque, reflux gastro-œsophagien, colon irritable, boulimie, anorexie)
24. Ostéoporose/ostéopénie ou prise de médicaments anti-résorption ( comme les bisphosphonates)
25. Arthrite ou Goutte
26. Maladie auto-immune

(Polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie)

1. Glaucome
2. Lentilles de contact
3. Blessures de la tête ou du cou
4. Épilepsie, convulsions (absences)
5. Troubles neurologiques (TDA/TDAH, prion) \_\_\_\_\_\_\_\_
6. Infections virales et boutons de fièvre
7. Bosses ou gonflements dans la bouche
8. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foins
9. Infections sexuellement transmissibles
10. Hépatite (type )
11. HIV/AIDS
12. Tumeur, grosseur anormale
13. Radiothérapie
14. Chimiothérapie, médicaments immunosuppresseurs
15. Troubles émotionnels
16. Traitement psychiatrique ou antidépresseurs
17. Troubles de la concentration ou TDA/TDAH diagnostiqué
18. Dépendance à l’alcool ou aux drogues

# ETES-VOUS :

1. Actuellement traité pour une autre maladie
2. Conscient d’un changement dans votre état de santé dans les

dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux, diarrhée)

1. En traitement pour perdre du poids
2. Sous compléments alimentaires
3. Souvent fatigué(e) ou épuisé(e)
4. Sujet à des maux de tête fréquents ou douleurs chroniques
5. Fumeur(-euse), ancien(ne) fumeur (-euse) ou autre (tabac à chiquer,

vapoteuse, e-cigarettes, cannabis)

1. Considéré (e) comme une personne sensible
2. Souvent malheureux(-se) ou déprimé (e)
3. FEMME : sous pilule contraceptive
4. FEMME : enceinte
5. HOMME : troubles de la prostate

## Décrivez les traitements médicamenteux actuels, chirurgies imminentes, troubles génétiques ou du développement, ou autres qui pourrait affecter possiblement vos soins dentaires ( par exemple botox, injections d’acide hyaluroniques, etc.)

Liste des médicaments, complément alimentaires et vitamines prises ces 2 dernières années

Médicaments Raison Médicaments Raison

**AVERTISSEZ-NOUS DE TOUT CHANGEMENT DE VOTRE SANTE ET DE TOUT MEDICAMENT QUE VOUS POUVEZ PRENDRE**

## Signature

Date

**ASA (1-6)**



**HISTORIQUE DENTAIRE**

Envoyé(e) par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comment qualifierez-vous l’état de votre bouche ?  Excellent  Bon  Moyen  Mauvais  
Dentiste précédent Depuis combien de temps étiez-vous son patient ? Mois/années  
Date du dernier examen dentaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date des dernières radiographies\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Date du dernier soin dentaire (autre qu’un nettoyage) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Vous consultez votre dentiste tous les : 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ pas régulièrement ☐

# QUEL EST LE MOTIF DE VOTRE CONSULTATION ?

**MERCI DE REPONDRE PAR OUI OU PAR NON QUX QUESTIONS SUIVANTES :**



**ANTECEDENTS PERSONNELS**

**YES NO**

1. Avez-vous peur des soins dentaires ? À quel degré sur une échelle de 1 (très peu) à 10 (énormément)?
2. Avez-vous connu par le passé une expérience dentaire déplaisante ?



1. Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire ?
2. Avez-vous déjà rencontré des problèmes d’efficacité de l’anesthésie, ou fait des réactions à un anesthésique local ?
3. Avez-vous déjà eu des bagues d’orthodontie ou un traitement d’ajustement de l’occlusion ?
4. Avez-vous déjà subi une extraction dentaire ?



**GENCIVES ET OS**

**YES NO**

1. Est-ce que vos gencives saignent ou vous font mal lorsque vous vous brossez les dents ou utilisez du fil dentaire ?
2. Avez-vous reçu un traitement pour une maladie des gencives ou perdu de l’os autour de vos dents ?



1. Avez-vous déjà remarqué une odeur ou un gout désagréable dans votre bouche ?
2. Y a-t-il des antécédents de maladies parodontales dans votre famille ?
3. Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau des gencives ?
4. Avez-vous déjà eu des dents qui bougent sans qu’il s’agisse d’un accident, ou avez-vous du mal à croquer dans une pomme ?
5. Avez-vous éprouvé une sensation de brûlure dans votre bouche ?



**STRUCTURE DES DENTS**

**YES NO**

1. Avez-vous eu des caries ces 3 dernières années ?
2. Avez-vous l’impression que vous ne salivez pas assez, ou éprouvez-vous des difficultés à avaler des aliments ?



1. Sentez ou voyez-vous des trous (petits cratères, irrégularités) à la surface de vos dents, à l’endroit où vous mordez ?
2. Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, aux sucreries ? Évitez-vous de brosser une partie de votre bouche ?
3. Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents, près de la ligne des gencives ?
4. Avez-vous déjà eu des dents cassées ou ébréchées, mal aux dents ou un plombage cassé ?
5. Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ?



**OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE**

**YES NO**

1. Avez-vous des problèmes avec l’articulation de votre mâchoire ? douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, claquement)
2. Avez-vous l’impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez ?



1. Éprouvez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, des carottes, des noix, des barres protéines ou tout autre aliment dur et sec ?
2. Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années ? Vous paraissent-elles plus courtes, plus fine ou usées ?
3. Vos dents sont-elles moins bien alignées qu’avant ? Est-ce qu’elles se chevauchent ?
4. Avez-vous l’impression que vos dents sont plus espacées ou qu’elles sont moins solidement attachées
5. Devez-vous déplacer votre mâchoire ou faire des efforts spécifiques pour que vos dents s’emboîtent ?
6. Placez-vous votre langue entre vos dents ou fermez-vous vos dents contre votre langue ?
7. Vous arrive-t-il de croquer des glaçons, de vous ronger les ongles, de tenir des objets avec vos dents ?

Avez-vous d’autres habitudes spécifiques à ce niveau ?

1. Serrez-vous les dents pendant la journée ? Vous arrive-t-il de vous faire mal ?
2. Avez-vous des problèmes de sommeil, vous arrive-t-il de vous réveiller avec un mal de tête, une impression étrange au niveau des dents ?
3. Portez-vous ou avez-vous porté une gouttière pour dormir la nuit?



**CARACTERISTIQUES DU SOURIRE**

**YES NO**

1. Y a-t-il quoi que ce soit sur l’apparence de vos dents que vous aimeriez changer ?
2. Vous êtes-vous déjà blanchi les dents ?



1. Vous êtes-vous déjà senti mal à l’aise à propos de l’apparence de vos dents ?
2. Avez-vous déjà été déçu par un travail sur vos dents par le passé ?

Signature Date