



Drs Laurianne Bas  
Médecin-Dentiste



Madame / 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                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hospitalisation pour maladie ou blessure _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Une allergie ou une mauvaise réaction à  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Érythromycine  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Tétracycline   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Sulfamide  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Anesthésiques  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Fluor  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Chlorhexidine (CHX)  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Métaux (nickel, or, argent, _____)   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Latex _____  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Noisettes  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Fruits _____   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Lait _____   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Colorant rouge _____   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Autre _____  |                          |                          |
| 3. Problèmes cardiaques, ou stent posé ces 6 derniers mois _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Antécédents d'endocardite infectieuse _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Valve cardiaque artificielle, anomalie cardiaque réparée _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pacemaker ou défibrillateur implantable _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prothèse articulaire ou des tissus mous (articulation, implant mammaire, etc.) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Scarlatine, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypertension ou Hypotension _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Accident vasculaire cérébral (prise d'anticoagulants) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Anémie ou autre troubles sanguins _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Saignements prolongés à la suite d'une petite coupure (ou INR > 3.5) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Pneumonie, emphysème, souffle court, sarcoïdose _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Infection chronique oreilles, tuberculose, oreillons, rougeole, varicelle _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Troubles respiratoires (asthme, nez bouché, congestion sinus) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Troubles du sommeil (apnées, ronflements, insomnies, sommeil sans repos, pipi) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Maladie du rein _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Maladie du foie ou jaunisse _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Vertiges _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Maladie de la thyroïde, parathyroïde, ou carence en calcium _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Déficience ou déséquilibre hormonal (ex: syndrome ovarien polykystique) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Cholestérol élevé ou prise de statines _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Diabète (HbA1c = _____)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ulcère à l'estomac ou au duodénum _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Troubles digestifs ou de l'alimentation (maladie cœliaque, reflux gastro-œsophagien, colon irritable, boulimie, anorexie) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## OUI NON

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ostéoporose/ostéopénie ou prise de médicaments anti-résorption (comme les bisphosphonates) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Arthrite ou Goutte _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Maladie auto-immune (Polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie) _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Glaucome _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Lentilles de contact _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Blessures de la tête ou du cou _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Épilepsie, convulsions (absences) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Troubles neurologiques (TDA/TDAH, prion) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Infections virales et boutons de fièvre _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Bosses ou gonflements dans la bouche _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Urticaire, éruption cutanée, rhume des foies _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Infections sexuellement transmissibles _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Hépatite (type _____) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. HIV/AIDS _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Tumeur, grosseur anormale _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Radiothérapie _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Chimiothérapie, médicaments immunosuppresseurs _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Troubles émotionnels _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Traitement psychiatrique ou antidépresseurs _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Troubles de la concentration ou TDA/TDAH diagnostiqué _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Dépendance à l'alcool ou aux drogues _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ETES-VOUS :

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 47. Actuellement traité pour une autre maladie _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Conscient d'un changement dans votre état de santé dans les dernières 24 heures (fièvre, frissons, toux, diarrhée) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. En traitement pour perdre du poids _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sous compléments alimentaires _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Souvent fatigué(e) ou épuisé(e) _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Sujet à des maux de tête fréquents ou douleurs chroniques _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Fumeur (-euse), ancien(ne) fumeur (-euse) ou autre (tabac à chiquer, vapoteuse, e-cigarettes, cannabis) _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Considéré (e) comme une personne sensible _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Souvent malheureux(-se) ou déprimé (e) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. FEMME : sous pilule contraceptive _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. FEMME : enceinte _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. HOMME : troubles de la prostate _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 \_\_\_\_\_

# HISTORIQUE DENTAIRE

Envoyé(e) par \_\_\_\_\_ Comment qualifieriez-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 ? \_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire ? \_\_\_\_\_
4. Avez-vous déjà rencontré des problèmes d'efficacité de l'anesthésie, ou fait des réactions à un anesthésique local ? \_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà eu des bagues d'orthodontie ou un traitement d'ajustement de l'occlusion ? \_\_\_\_\_
6. Avez-vous déjà subi une extraction dentaire ? \_\_\_\_\_

## GENCIVES ET OS



YES NO

7. Est-ce que vos gencives saignent ou vous font mal lorsque vous vous brossez les dents ou utilisez du fil dentaire ? \_\_\_\_\_
8. Avez-vous reçu un traitement pour une maladie des gencives ou perdu de l'os autour de vos dents ? \_\_\_\_\_
9. Avez-vous déjà remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche ? \_\_\_\_\_
10. Y a-t-il des antécédents de maladies parodontales dans votre famille ? \_\_\_\_\_
11. Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau des gencives ? \_\_\_\_\_
12. 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 ? \_\_\_\_\_
13. Avez-vous éprouvé une sensation de brûlure dans votre bouche ? \_\_\_\_\_

## STRUCTURE DES DENTS



YES NO

14. Avez-vous eu des caries ces 3 dernières années ? \_\_\_\_\_
15. Avez-vous l'impression que vous ne salivez pas assez, ou éprouvez-vous des difficultés à avaler des aliments ? \_\_\_\_\_
16. Sentez ou voyez-vous des trous (petits cratères, irrégularités) à la surface de vos dents, à l'endroit où vous mordez ? \_\_\_\_\_
17. Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, aux sucreries ? Évitez-vous de broser une partie de votre bouche ? \_\_\_\_\_
18. Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents, près de la ligne des gencives ? \_\_\_\_\_
19. Avez-vous déjà eu des dents cassées ou ébréchées, mal aux dents ou un plombage cassé ? \_\_\_\_\_
20. Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ? \_\_\_\_\_

## OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE



YES NO

21. Avez-vous des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire ? douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, claquement) \_\_\_\_\_
22. Avez-vous l'impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez ? \_\_\_\_\_
23. Éprouvez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, des carottes, des noix, des barres protéines ou tout autre aliment dur et sec ? \_\_\_\_\_
24. Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années ? Vous paraissent-elles plus courtes, plus fine ou usées ? \_\_\_\_\_
25. Vos dents sont-elles moins bien alignées qu'avant ? Est-ce qu'elles se chevauchent ? \_\_\_\_\_
26. Avez-vous l'impression que vos dents sont plus espacées ou qu'elles sont moins solidement attachées \_\_\_\_\_
27. Devez-vous déplacer votre mâchoire ou faire des efforts spécifiques pour que vos dents s'emboîtent ? \_\_\_\_\_
28. Placez-vous votre langue entre vos dents ou fermez-vous vos dents contre votre langue ? \_\_\_\_\_
29. 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 ? \_\_\_\_\_
30. Serrez-vous les dents pendant la journée ? Vous arrive-t-il de vous faire mal ? \_\_\_\_\_
31. 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 ? \_\_\_\_\_
32. Portez-vous ou avez-vous porté une gouttière pour dormir la nuit? \_\_\_\_\_

## CARACTERISTIQUES DU SOURIRE



YES NO

33. Y a-t-il quoi que ce soit sur l'apparence de vos dents que vous aimeriez changer ? \_\_\_\_\_
34. Vous êtes-vous déjà blanchi les dents ? \_\_\_\_\_
35. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise à propos de l'apparence de vos dents ? \_\_\_\_\_
36. Avez-vous déjà été déçu par un travail sur vos dents par le passé ? \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_