

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom _____ Âge _____
Référé par _____ Comment qualifieriez-vous l'état de votre bouche? Excellent Bon Correct Médiocre
Dentiste précédent _____ Pendant combien de temps avez-vous été son patient? _____ mois/années
Date du plus récent examen dentaire ____/____/____ Date des dernières radiographies ____/____/____
Date du dernier traitement (autre qu'un nettoyage) ____/____/____
Je vois régulièrement mon dentiste tous les : 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois Pas régulièrement

QUELLE EST VOTRE PRÉOCCUPATION IMMÉDIATE? _____

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON :

OUI NON

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

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'anesthésie inefficace, ou fait des réactions à un anesthésique local? _____
5. Avez-vous déjà eu des bagues, un traitement orthodontique ou un traitement d'ajustement de l'occlusion? _____
6. Avez-vous déjà subi une extraction de dent? _____

GENCIVES ET OS

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 jamais reçu un traitement pour une maladie des gencives ou été informé que vous aviez perdu du tissu osseux 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 du déchaussement de gencive? _____
12. Avez-vous déjà eu des dents qui se détachent d'elles-mêmes (sans qu'il s'agisse du résultat d'une blessure), ou avez-vous du mal à croquer dans une pomme? _____
13. Avez-vous éprouvé une sensation de brûlure dans la bouche? _____

STRUCTURE DES DENTS

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-vous 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? Y a-t-il une partie de votre bouche que vous évitez de brosser? _____
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, des maux de dents ou un plombage cassé? _____
20. Vous arrive-t-il fréquemment que de la nourriture reste coincée dans vos dents? _____

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE

21. Avez-vous des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire? (douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, daquements...) _____
22. Avez-vous l'impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez? _____
23. Éprouvez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, à manger des carottes, des noix, des bagels, de la baguette, des barres protéinées 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 fines 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 (agitation, par exemple), vous arrive-t-il de vous réveiller avec un mal de tête ou une impression étrange au niveau des dents? _____
32. Portez-vous ou avez-vous déjà porté un appareil de correction de l'occlusion? _____

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE

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 du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____