

Mme  Mlle  Mr  Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../..... N° de téléphone fixe \_/\_/\_/\_/\_/\_ Mobile \_/\_/\_/\_/\_/\_  
 Adresse : .....  
 Profession : ..... N° tel travail : \_/\_/\_/\_/\_/\_

**HISTORIQUE MEDICAL**

Nom de votre Médecin traitant : .....

**Avez-vous connu des changements dans votre état de santé ?** Oui  Non

**Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs                 | <input type="checkbox"/> Maladie du foie         | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme                          | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques     | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu      |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique            | <input type="checkbox"/> Maladie du sang         | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV               |
| <input type="checkbox"/> Désordre hormonaux              | <input type="checkbox"/> Maladie vénériennes     | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées               |
| <input type="checkbox"/> Diabète                         | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements)    | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges               |
| <input type="checkbox"/> Glaucome                        | <input type="checkbox"/> Pacemaker               | <input type="checkbox"/> Thyroïde                         |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C              | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance  | <input type="checkbox"/> Troubles des reins               |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne                   |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac             | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux       | <input type="checkbox"/> Hypertension                     |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies : .....         |  |   |

**Avez-vous déjà un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?**

Oui  Non

**Avez-vous subi un traitement par radiations ?**

Oui  Non

**Prenez-vous des médicaments en ce moment ?**

Oui  Non

si oui, lesquels : .....

**Etes-vous allergique à certains médicaments ?** Oui  Non

Si oui, lesquels : .....

**Etes-vous fumeur ?**

Oui  Non

si oui nombre de cigarettes/jour : .....

**Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?**

Oui  Non

si oui, de combien de mois : .....

**A quand remonte votre dernier examen dentaire ?** .....

**Quel est le motif de votre consultation d'aujourd'hui ?** .....

**HYGIENE DENTAIRE**

Utilisez-vous une brosse à dent  DURE  MOYENNE  SOUPLE ?

Quand vous brossez-vous les dents ?  MATIN  MIDI  SOIR ?

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? .....

Utilisez-vous le fil dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui  Non

**MERCI**

Ville :  
le : / /

Signature :