

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Recommandé(e) par _____ Comment évaluez-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 IMMÉDIAT ? _____

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON À CE QUI SUIT :

OUI NON

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS



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

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE



7. Aimerez-vous changer quelque chose dans l'apparence de vos dents? _____
8. Avez-vous déjà blanchi vos dents? _____
9. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou gêné par l'aspect de vos dents? _____
10. Avez-vous été déçu(e) par les résultats de travaux dentaires antérieurs? _____

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE



11. Avez-vous des problèmes d'articulation de la mâchoire? Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (beaucoup) [] _____
12. Avez-vous/auriez-vous des problèmes pour mâcher de la gomme? _____
13. Avez-vous/auriez-vous des difficultés à mâcher des baguels, des baguettes, des barres de protéine, ou autres aliments durs? _____
14. Est-ce que vos dents ont changé au cours de ces 5 dernières années, raccourci, réduit d'épaisseur ou est-ce qu'elles se sont usées? _____
15. Est-ce que vos dents sont trop serrées ou trop écartées? _____
16. Pour que vos dents s'ajustent ensemble, avez-vous plus d'une occlusion et plus d'un serrage? _____
17. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles, utilisez vos dents pour tenir des objets ou avez-vous d'autres habitudes orales? _____
18. Est-ce que vous serrez les dents dans la journée ou est-ce que vous les rendez douloureuses? _____
19. Avez-vous des problèmes de sommeil ou de réveil avec une prise de conscience de vos dents? _____
20. Portez-vous ou avez-vous déjà porté un appareil correcteur d'occlusion? _____

STRUCTURE DES DENTS



21. Avez-vous eu des caries dentaire ces 3 dernières années? _____
22. Est-ce que la quantité de salive dans votre bouche semble trop faible ou avez-vous des difficultés à avaler les aliments? _____
23. Est-ce que vous sentez ou remarquez des trous (c-à-d. piqûres de corrosion. cratères) sur la surface mordante de vos dents? _____
24. Avez-vous des dents sensibles au chaud, au froid, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser une partie de vos dents? _____
25. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près du bord gingival? _____
26. Avez-vous déjà eu des dents cassées, ébréchées, mal aux dents ou un plombage fissuré? _____
27. Avez-vous des aliments qui restent pris entre les dents? _____

GENCIVES ET OS



28. Est-ce que vos gencives saignent lorsque vous vous brossez les dents ou passez la soie dentaire? _____
29. 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? _____
30. Avez-vous remarqué un goût ou une odeur désagréables dans votre bouche? _____
31. Y a-t-il des antécédents familiaux de parodontopathie? _____
32. Avez-vous déjà été victime de récession gingivale? _____
33. Avez-vous déjà eu des dents branlantes sans que cela ne soit causé par une blessure ou avez-vous de la difficulté à manger une pomme? _____
34. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche? _____

Signature du patient _____ Date _____

Signature du médecin _____ Date _____