

Etes-vous sujet à des vertiges, pertes de connaissances ? oui non
 Saignez-vous longtemps en cas de coupure ? oui non
 Etes-vous sujet aux hématomes (bleus) ? oui non
 Faites-vous du sport ? oui non
 Fumez-vous ? oui non
 Si oui, combien de cigarettes par jour ?.....

2. Traitements en cours :

<input type="checkbox"/> anti inflammatoire	<input type="checkbox"/> antibiotique
<input type="checkbox"/> antidouleur	<input type="checkbox"/> antidépresseur
<input type="checkbox"/> aspirine	<input type="checkbox"/> antihypertenseur
<input type="checkbox"/> anti coagulant	<input type="checkbox"/> tranquillisants

Avez-vous eu une réaction particulière avec des médicaments ? oui non
 Faites-vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique ? oui non

3. Etat dentaire :

Date de la dernière visite chez un dentiste : í

Aujourd'hui avez-vous	une gêne ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	une douleur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	un problème esthétique ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous des difficultés	à manger ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	à dormir ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	à parler ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Avez-vous déjà réalisé une radiographie de toutes les dents ? oui non
 Si oui, à quelle période ? í .

Avez-vous eu une réaction suite à une anesthésie locale ? oui non

Portez-vous une prothèse mobile ? oui non

Souffrez-vous des gencives ? oui non
 Vos gencives saignent-elles lors du brossage ? oui non
 Avez-vous l'impression que vos dents bougent ? oui non
 Vos parents ont-ils perdu leurs dents suite à un problème de gencives ? oui non

Entre les repas avez-vous l'habitude de :

- consommer des sucreries ? oui non
- de mâcher du chewing-gum ? oui non
- de boire des boissons sucrées ? oui non

A quel moment vous brossez-vous les dents ? í

Combien de fois par jour ? í ..

Utilisez-vous :
 - le fils dentaire ? oui non
 - les brossettes interdentaires ? oui non

- des cures dents ? oui non
- un révélateur oui non

Votre dernier détartrage date de 6 mois ? 1 an ? 2 ans ou plus
Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? oui non

Autres éléments à signaler à votre dentiste ne faisant pas partie de ce questionnaire : í

Date :

Signature :