

Histoire Dentaire

Référé par _____ Comment évaluez-vous la condition de votre bouche? Excellente Bonne Moyenne
 Dentiste précédent _____ Depuis combien d'années _____
 Date de votre dernier examen dentaire _____ Dernières radiographies dentaires _____
 Date du dernier traitement (autre que nettoyage) _____
 Je vois habituellement le dentiste chaque 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois Pas régulièrement

Votre problème principal _____

	Histoire Personnelle			
			oui	non
1. Êtes-vous nerveux(se) chez le dentiste? Échelle de 1 à 10 _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà eu une mauvaise expérience chez le dentiste?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu de la difficulté à engourdir ou une réaction à une anesthésie locale?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, des traitements d'orthodontie?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà eu des ajustements de l'occlusion?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous déjà eu des extractions dentaires?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sourire			
8. Aimeriez-vous changer quelques choses dans votre sourire?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous déjà fait du blanchiment?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous déjà été déçu de l'apparence d'un traitement dentaire dans le passé?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous êtes-vous déjà senti gêné de l'apparence de vos dents?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Considérez-vous votre sourire important pour votre qualité de vie?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Occlusion/Fonction			
13. Avez-vous des problèmes d'articulation de la mâchoire? Sur une échelle de 1(aucun) à 10 (beaucoup) (_____)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous/Auriez-vous des problèmes à mâcher de la gomme?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous de la difficulté à mastiquer des aliments plus ferme? (Baggels, pizza, barre de protéines etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Depuis environ 5 ans, est-ce que vos dents ont changé? (plus courtes/minces/usées)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Est-ce que vos dents deviennent trop serrées, plus écartées?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Pour que vos dents s'ajustent ensemble, avez-vous plus d'une occlusion, plus d'un serrage?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles, utilisez vos dents pour tenir des objets?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Votre conjoint vous a-t-il déjà mentionné que vous faisiez du bruit avec vos dents la nuit?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Serrez-vous les dents le jour?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous des problèmes avec vos mâchoires? (Douleur, bruits, blocage, ouverture limitée)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous régulièrement des maux de tête ou des dents sensibles?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Portez-vous/avez-vous déjà porté un appareil de correction pour les mâchoires/occlusion?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Structure Dentaire			
25. Avez-vous eu une carie dans les 3 dernières années?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Avez-vous la bouche sèche? De la difficulté à avaler? Moins de salive?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Vos dents sont-elles sensibles au chaud/froid/sucré ou à la pression?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Avez-vous déjà eu un mal de dent/un plombage cassé/une dent cassée ou fissurée?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Évitez-vous de brosser certaines parties de votre bouche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous des aliments qui restent pris entre vos dents?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gencive/Os			
31. Avez-vous déjà été traité par un parodontiste ou eu un diagnostic de parodontite?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Avez-vous des dents déchaussées?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Un membre de votre famille a-t-il une histoire de maladie de gencive?(père, mère, soeur etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Est-ce que vos gencives saignent quand vous brossez/passez la soie ou mangez?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Est-ce que vos dents deviennent mobiles?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Avez-vous remarqué un goût/odeur désagréable dans votre bouche?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du patient _____ Date _____

Signature du dentiste _____ Date _____