



Fiche médicale personnelle

La fiche médicale personnelle est primordiale dans l'art dentaire.

Ce document médico-légal constitue une précieuse base d'informations qui permet à votre praticien de mieux vous connaître pour bien vous soigner.

...C'est aussi pour vous un premier outil de dialogue, un moyen d'exprimer vos attentes.

M.

Mme.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse postale :

E-mail :

Profession :

Motif de consultation :

Comment avez-vous connu le cabinet ?





1 : Historique médical

Nom et téléphone du médecin traitant :

A quand remonte votre dernier examen médical :

Avez-vous connu des changements d'état de santé depuis un an ?

Cochez dans la liste ci-dessous chacune des maladies ou problème que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésie générale | <input type="checkbox"/> Maladies du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Maladies systémiques | <input type="checkbox"/> Phobies |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladies du sang | <input type="checkbox"/> Rhumatismes |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Oedèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissances | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Tumeurs malignes, Cancer |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires | <input type="checkbox"/> RAS, je suis en bonne santé |
| <input type="checkbox"/> Ulcère à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problèmes digestifs | <input type="checkbox"/> Autres : |

Avez-vous déjà eu des saignements anormaux au cours d'une intervention ou d'un accident ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous subi un traitement par radiation?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prenez-vous des médicaments en ce moment ? Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Si oui, lesquels :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous des troubles du sommeil ? Si oui, depuis combien de temps :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous fumeur ? Si oui, nombre de cigarettes par jour :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Madame, Mademoiselle, êtes-vous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enceinte ? Si oui, de combien de mois :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prenez-vous un contraceptif hormonal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Êtes-vous ménopausée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Pensez-vous avoir tout autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ?



2 : Historique dentaire

A quand remonte votre dernier examen bucco-dentaire ?

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles :

Si vous deviez noter l'état de votre bouche dans sa globalité, quelle note sur 10 lui donneriez-vous ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hygiène bucco-dentaire

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Utilisez-vous une brosse à dent ... Souple Medium Dure Electrique

Fréquence de changement de brosse : 1 mois 2 mois 3 mois Plus

Temps consacré au brossage : < 1 min 2 min 3 min > 3 min

A quelle fréquence ? 1 fois/jour 2 fois/jour Plus Moins

Quel type de dentifrice utilisez-vous ?

Utilisez -vous des accessoires de type Fil dentaire Brossettes Jet Bain de bouche

Utilisez-vous une technique de brossage particulière ?

Gencives

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vos gencives saignent-elles après le brossage ou spontanément ? oui non

Avez-vous déjà fait des abcès gingivaux ? oui non

Avez vous des dents mobiles ? oui non

Avez-vous la sensation d'avoir de mauvaises odeurs dans la bouche ? oui non

Avez-vous déjà été traité pour les gencives ? oui non

Dents

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avez-vous déjà eu des caries ? Nombreuses ? oui non

Avez-vous des dents extraites ? oui non
Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? oui non
Si non, pourquoi ?

Avez-vous des sensibilités dentaires ? oui non

Articulations



- Serrez-vous, ou grincez-vous des dents ? oui non
- Avez-vous remarqué des craquements, des claquements, une douleur à l'ouverture buccale ? oui non
- Avez-vous des difficultés à avaler, à mastiquer ? oui non
- Mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? oui non
- Avez-vous des douleurs ou tensions faciales au réveil ? oui non
- Avez-vous des douleurs dorsales ou lombaires ? oui non

Habitudes particulières

- Succion du pouce Se ronger les ongles
- Se mordre la langue, les lèvres Mâcher un stylo, une branche de lunette
- Jouer d'un instrument musical à vent Consommation d'agrumes
- Consommation thé ou café Utilisation de cure-dents
- Consommation Coca-cola, boissons sucrées **Aucune**

Esthétique



- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? oui non
- Aimeriez-vous avoir les dents plus blanches ? oui non
- Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos gencives et de vos dents ? oui non
- Aimeriez-vous avoir les dents plus alignées oui non
- Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

Divers

- Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? oui non
- Concernant vos dents, quelle est votre préoccupation principale?
- Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? oui non
- Autres remarques utiles :

Merci pour vos réponses,
Le praticien reprendra maintenant avec vous le questionnaire point par point, afin d'en approfondir les réponses.



3 : Consentements

Nous rappelons que le secret professionnel s'impose à tout dentiste dans les conditions établies par la loi. Il couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du dentiste dans l'exercice de sa profession.

Concernant la fiche médicale personnelle

Praticien :

Je confirme avoir repris l'interrogatoire avec le patient et déclare lui délivrer une information claire, loyale et appropriée.

Montpellier, le / /

Signature du praticien :

Patient :

Je confirme que les informations communiquées sont complètes et correctes .

Montpellier, le / /

Signature du patient :

Concernant l'utilisation de documents audiovisuels

J'accepte que les documents audiovisuels (photographies, vidéos) recueillis dans le cadre de mon plan de traitement soient utilisés par le cabinet à des fins publiprofessionnelles (*).

Je ne veux pas que les documents audiovisuels (photographies, vidéos) recueillis dans le cadre de mon plan de traitement soit utilisés par le cabinet à des fins publiprofessionnelles (*).

Montpellier le / /

Signature du patient :

() Le patient déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article 9 du code civil relatif au respect à la vie privée ainsi que de la jurisprudence y afférente et en conséquence de quoi, il consent expressément à ce qu'un enregistrement audiovisuel ou des photos de sa personne soit réalisés par les soins de DENTAIREVOLUTION à des fins publipromotionnelles. Cette captation pourra notamment faire l'objet d'une diffusion sur les site internet du cabinet ainsi que d'une captation d'image sur tous supports (papiers, plaquettes, DVD, projection numérique ou analogique, iPad, etc...) à des fin publiprofessionnelles.*