

HISTORIQUE MÉDICAL

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration !

D^{RS} DEMESY-VILLEMIN et leur Equipe.

Mme Melle Mr Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de Sécurité Sociale : __/__/__/__/__/__/__/__/__

Profession :

HISTORIQUE MEDICAL

Nom et localité de votre Médecin traitant :

A quand remonte votre dernier examen médical :/...../.....

Avez vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ? 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 : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anorexie - boulimie | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaire Aigu |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes | <input type="checkbox"/> Sinusites répétées |
| <input type="checkbox"/> Désordres hormonaux | <input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements) | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertiges |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Lésions cardiaques congénitales | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) | <input type="checkbox"/> Autres maladies |

Si autres maladies, lesquelles ?

Avez-vous déjà eu 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 (au besoin, joindre une liste détaillée sur feuille séparée).....

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle | <input type="checkbox"/> Cortisone |
| <input type="checkbox"/> Insuline | <input type="checkbox"/> Autres : | |

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ? Oui Non

Si OUI, lesquels

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste | <input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés | <input type="checkbox"/> Métal |
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Barbituriques |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine | <input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère | <input type="checkbox"/> Codéine |

Etes-vous fumeur ? Oui Non

Si OUI, nombre de cigarettes par jour

Madame, Mademoiselle :

- Etes-vous enceinte ? Oui Non

Si OUI, de combien de mois :

- Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non

- Etes-vous ménopausée ? Oui Non

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

.....
.....

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre dentiste traitant :

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

Quel est le motif de votre consultation ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Autres remarques utiles :

.....
.....

« J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et de ses prescriptions médicales. »

FAIT A

LE/...../.....

SIGNATURE :