

## HISTORIQUE DENTAIRE ET IMPLANTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

.....

Quel est le motif de votre consultation ?

.....

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

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

### GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui

Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Oui

Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui  Non

Si oui, par :  Chirurgie  Médicaments  Détartrage

### DENTS

Avez-vous des dents extraites ? Oui  Non  Si oui, pour quelles raisons :

Caries  Infection ou abcès  Déchaussement  Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui  Non

Si oui, par :  un bridge fixe  un appareil mobile  un Implant

Si non, pour quelle raison ?

.....

.....

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

.....

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles:

.....

.....

Avez-vous des dents sensibles :

Au chaud  au froid  au sucre  aux acides  ou à la mastication

### IMPLANTOLOGIE

Avez-vous déjà eu une information sur les possibilités offertes par les implants ? Oui

Non

Si oui, comment avez-vous été informé:

.....

....

Connaissez-vous les avantages présentés par les implants ? Oui   
Non

Connaissez-vous les inconvénients et risques présentés par les implants ? Oui   
Non

Avez-vous des personnes de votre entourage qui ont déjà réalisé des implants ? Oui   
Non

Avez-vous déjà eu un contact avec un praticien posant des implants dentaires ? Oui   
Non

Connaissez-vous l'investissement moyen pour un implant ? Oui   
Non

Si vous portez un appareil : Votre appareil vous cause-t-il des douleurs ou un inconfort  
lorsque vous mangez ? Oui   
Non

Avez-vous parfois de mauvaises odeurs sous votre appareil ? Oui   
Non

Etes-vous gênés par des dents manquantes ou des crochets d'appareil lorsque vous riez  
ou souriez ?  
Oui  Non

Vous arrive-t-il d'enlever votre appareil car il vous gêne ? Oui   
Non

### **MÂCHOIRES**

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui   
Non

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements  
ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui  Non

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher  
ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? Oui   
Non

### **HYGIÈNE DENTAIRE**

Utilisez-vous une brosse à dent DURE  MOYENNE  ou SOUPLE  ?

Quand vous brossez-vous les dents MATIN  MIDI  SOIR  ?

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?

.....

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui   
Non

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la  
bouche ? Oui   
 Non

### **DENTISTERIE ESTHÉTIQUE**

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui   
 Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui   
 Non
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui   
 Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? 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   
 Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....

.....

.....

.....

- Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?  
 ◇ Pas du tout ◇ Un peu ◇ Moyennement ◇ Beaucoup

Merci de votre collaboration.

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

Ville, le        /        /

SIGNATURE :