

Docteur EXCOFFIER Eric
CHIRURGIEN-DENTISTE
Diplômé de la faculté de Paris V
OMNIPRATIQUE
IMPLANTOLOGIE – PROTHÈSE

Historique médical et Dentaire

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 et dentaire 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 ainsi que l'état de vos dents.

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.

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

Historique médical

Mme Mlle Mr

Profession : -----

Prénom : -----

Nom : -----

Adresse email : -----

Date de naissance : -----

Tél. domicile : -----

Tél mobile : -----

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

Nom de votre médecin traitant : -----

Date de votre dernier examen médical : -----

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

Oui Non Si oui, lesquels ? -----

Cabinet dentaire du Dr EXCOFFIER Eric – 91190 Gif sur Yvette
Tél. : 01.69.86.02.40- <http://dr-excoffier-eric.chirurgiens-dentistes.fr>

Docteur EXCOFFIER Eric
CHIRURGIEN-DENTISTE
Diplômé de la faculté de Paris V
OMNIPRATIQUE
IMPLANTOLOGIE – PROTHÈSE

Dans la liste suivante, cochez les items qui vous concernent actuellement ou qui vous ont concerné :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseur | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèse non dentaire |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique | <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Séropositivité HIV |
| <input type="checkbox"/> Désordre hormonal | <input type="checkbox"/> Maladie vénérienne | <input type="checkbox"/> Sinusite chronique |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> OEdème | <input type="checkbox"/> Syncope |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Trouble des reins |
| <input type="checkbox"/> Lésion cardiaque | <input type="checkbox"/> Problème circulatoire | <input type="checkbox"/> Tumeur maligne |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Problème nerveux | |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ? Oui Non

Avez-vous subi un traitement par irradiation ? Oui Non

Parmi ces médicaments, cochez ceux que vous prenez en ce moment :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Biphosphonates | <input type="checkbox"/> Tension artérielle |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique | <input type="checkbox"/> Cortisone | <input type="checkbox"/> Tranquillisant |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Insuline | |

Autres, précisez : -----

Parmi ces produits, cochez-ceux auxquels vous êtes allergique :

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

Autres, précisez : -----

Docteur EXCOFFIER Eric
CHIRURGIEN-DENTISTE
Diplômé de la faculté de Paris V
OMNIPRATIQUE
IMPLANTOLOGIE – PROTHÈSE

Êtes-vous fumeur ? Oui Non
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ? -----

Madame, Mademoiselle uniquement
Etes-vous enceinte ? Oui Non
Si oui, de combien de mois ? -----

Prenez vous actuellement la pilule ? Oui Non
Etes-vous ménopausée ? Oui Non

Autres informations à connaître pour vous soigner dans les meilleures conditions :

Historique dentaire

Quelle est la raison de votre consultation ? -----

Date de votre dernière séance chez un dentiste ? -----

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

Si oui, lesquelles ? -----

Gencives

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques 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, comment ? bridge fixe appareil mobile implant

Si non, pour quelles raisons ? -----

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

Avez-vous des dents sensibles :
Au chaud au froid au sucre aux acides à la mastication

Mâchoires

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non
Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou des douleurs 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 dents ? Moyenne souple électrique
Quand vous brossez-vous les dents ? Matin midi soir
A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? -----
Utilisez-vous un fil de soie dentaire ou des brossettes inter-dentaires ? Oui Non

Dentisterie 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
Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, Qu'aimeriez-vous changer ? -----

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?
Pas du tout un peu moyennement beaucoup

Autres remarques utiles : -----

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.

A Gif sur Yvette, le / /

Signature

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés