

**Dr Thierry GUERRIER**

Chirurgien Dentiste diplômé de l'Université dentaire de Clermont-Ferrand Ferrand

OMNIPRATIQUE - IMPLANTOLOGIE – PROTHÈSE

<b><u>Historique médical et Dentaire</u></b>
--

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.

Cabinet dentaire du Dr GUERRIER

1, Place Georges Clemenceau

58200 COSNE SUR LOIRE

Tél. : **03 86 28 10 19**- <http://dr-guerrier-thierry.chirurgiens-dentistes.fr>

## 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.*

Comment nous avez-vous trouvés?

- recommandation d'un autre praticien    pages jaunes    internet  
 bouche à oreilles    autres

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 ? -----

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

- Antidépresseur    Maladie du foie    Prothèse non dentaire  
 Asthme    Maladie cardiaque    Rhumatisme articulaire  
 Chirurgie esthétique    Maladie du sang    Séropositivité HIV  
 Désordre hormonal    Maladie vénérienne    Sinusite chronique  
 Diabète    OEdème    Syncope  
 Glaucome    Pacemaker    Thyroïde

Cabinet dentaire du Dr GUERRIER

1, Place Georges Clemenceau

58200 COSNE SUR LOIRE

Tél. : **03 86 28 10 19**- <http://dr-guerrier-thierry.chirurgiens-dentistes.fr>

Hépatite A, B ou C       Perte de connaissance     Trouble des reins

Lésion cardiaque    Problème circulatoire    Tumeur maligne

Ulcères à l'estomac    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 :

Antibiotique    Cortisone    Tranquillisant

Antihistaminique    Insuline

Aspirine    Tension artérielle

Autres, précisez : -----

-----

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

Anesthésique local    Iode ou produits dérivés    Métal

Neuroleptique ou somnifère    Latex    Barbituriques

Anti-inflammatoire ou aspirine    Codéine    Antibiotique

Autres, précisez : -----

-----

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 :

Cabinet dentaire du Dr GUERRIER

1, Place Georges Clemenceau

58200 COSNE SUR LOIRE

Tél. : **03 86 28 10 19**- <http://dr-guerrier-thierry.chirurgiens-dentistes.fr>

---

---

## 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 :

Cabinet dentaire du Dr GUERRIER

1, Place Georges Clemenceau

58200 COSNE SUR LOIRE

Tél. : **03 86 28 10 19**- <http://dr-guerrier-thierry.chirurgiens-dentistes.fr>

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 : -----

Cabinet dentaire du Dr GUERRIER

1, Place Georges Clemenceau

58200 COSNE SUR LOIRE

Tél. : 03 86 28 10 19- <http://dr-guerrier-thierry.chirurgiens-dentistes.fr>

---

**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 Cosne sur loire, 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,

Cabinet dentaire du Dr GUERRIER

1, Place Georges Clemenceau

58200 COSNE SUR LOIRE

Tél. : **03 86 28 10 19**- <http://dr-guerrier-thierry.chirurgiens-dentistes.fr>