



# Clinique de Chirurgie Dentaire

## Esthétique - Parodontologie - Implantologie

### Dr Pauline Pagbe

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL et DENTAIRE

Civilité Prénom NOM	
Adresse complète.	
☎ :	☎ :
@ :	

## INFORMATIONS MÉDICALES

Date et motif de votre dernier examen médical : .....

Médecin traitant : ..... ☎ : .....

Avez-vous des problèmes de santé ? .....

AVEZ-VOUS ÉTÉ INFECTÉ PAR LE COVID-19 ?	OUI		NON		PEUT-ÊTRE	
---	-----	--	-----	--	-----------	--

Cochez-la (ou les) case(s) si vous souffrez de pathologie citée ci-dessous :

<input type="checkbox"/>	Endocardite infectieuse	<input type="checkbox"/>	Maladies auto-immunes
<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	Cancer (précisez) .....
<input type="checkbox"/>	Maladie coronaire, Angor	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale
<input type="checkbox"/>	Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	Dialyse
<input type="checkbox"/>	Arythmies cardiaques	<input type="checkbox"/>	Épilepsie, Alzheimer, Parkinson
<input type="checkbox"/>	Dispositif cardiaque (Pacemaker, Stent)	<input type="checkbox"/>	Thrombopénie, hémophilie
<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Maladie de Willebrand
<input type="checkbox"/>	Désordres thyroïdiens	<input type="checkbox"/>	VIH, SIDA
<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Herpès, maladies génétiques
<input type="checkbox"/>	Allergie, si oui lesquelles ? .....	<input type="checkbox"/>	Dépression
<input type="checkbox"/>	Hépatites virales	<input type="checkbox"/>	Troubles mentaux
<input type="checkbox"/>	Cirrhose et insuffisance hépatique	<input type="checkbox"/>	Troubles moteurs
<input type="checkbox"/>	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	<input type="checkbox"/>	Toxicomanie (précisez).....
<input type="checkbox"/>	Tabacologie, précisez la consommation moyenne quotidienne.....		

Avez-vous déjà subi :			
	Radiothérapie		Thérapie aux biphosphanates
	Si oui, à quelle date ? .....		Si oui, à quelle date ? .....
	Chimiothérapie		Intervention chirurgicale
	Si oui, à quelle date ? .....		Si oui, à quelle date ? .....

<p>Questions complémentaires</p> <p>Souffrez-vous de pathologies non citées ci-dessus ? Si oui, lesquelles ?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Souhaitez-vous apporter des précisions concernant votre état de santé ? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Prenez-vous des médicaments ? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

INFORMATIONS DENTAIRES							
Date de votre dernier examen dentaire ?							
Date de votre dernier panoramique dentaire ?							
Quel est le motif de votre consultation ce jour ?							
Avez-vous des traitements prothétiques ?							
En êtes-vous satisfait ?							
Quelle est votre fréquence de brossage quotidienne ?				0	1	2	3
Quel est votre type de brosse ?							
Électrique				Manuelle			
Souple		Médium			Dure		

Questions	OUI	NON
Avez-vous des saignements de gencives spontanés ou lors du brossage ?		
Avez-vous des sensibilités dentaires au froid ?		
Avez-vous des sensibilités dentaires au chaud ?		
Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ?		
Si oui, quelles en étaient les causes ? .....		
Vos dents manquantes ont-elles été remplacées ?		
Cela vous gêne-t-il (précisez) ? .....		
Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ?		
Si oui, cela s'est-il bien passé ?		
Avez-vous l'impression que vos dents bougent ou se déchaussent ?		
Avez-vous remarqué des claquements, ou des douleurs à la mâchoire ?		
Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?		
Avez-vous des difficultés à l'ouverture de la bouche ou à la mastication ?		
Pensez-vous que la couleur de vos dents a changé ?		
Pensez-vous que votre alignement dentaire a changé ?		
Êtes-vous anxieux à l'idée d'avoir des soins dentaires ?		
Avez-vous des remarques et/ou suggestions ? .....		
.....		

J'atteste de l'exactitude des informations de ce document et affirme n'avoir rien omis. Je m'engage à signaler tout changement de mon état de santé au chirurgien-dentiste qui effectuera mes soins.

À Montargis, le

Signature :



**DR. PAGBE N'GBO PAULINE**  
**CHIRURGIEN-DENTISTE**  
 11 RUE EMILE ZOLA  
 45200 MONTARGIS  
 0238856530