

Antécédents dentaires

Nom _____ Prénom _____ D^r M.

Adresse _____ M^{me} M^{lle}

Ville _____ Province _____ Code postal _____

1. Date de la dernière consultation dentaire ____/____/____ Date des dernières radiographies dentaires ____/____/____

2. Motif de la dernière consultation _____

3. Avez-vous des questions concernant de précédents traitements dentaires ou la présente consultation? _____

4. Vos gencives saignent-elles? (Encercler) Oui Non

5. Vos dents sont-elles mobiles? (Encercler) Oui Non

6. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une maladie des gencives? (Encercler) Oui Non

7. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez mauvaise haleine? (Encercler) Oui Non

8. Vos dents sont-elles sensibles (Encercler plus d'une réponse le cas échéant) Sucreries Froid Chaud Pression

9. Avez-vous déjà éprouvé des douleurs à l'articulation de votre mâchoire (craquement, pression)? (Encercler) Oui Non

10. Aimez-vous votre sourire? (Encercler) Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser : _____

11. Quelles améliorations aimeriez-vous apporter à votre condition dentaire? _____

• • •

Je conviens de la nécessité de répondre honnêtement aux précédentes questions. Autant que je sache, les réponses que j'ai données sont justes. Je conviens également qu'il est très important de signaler tout changement ou toute mise à jour concernant mon état de santé. J'autorise le cabinet à obtenir de mon médecin tout renseignement additionnel, en matière d'antécédents médicaux, nécessaire à l'optimisation de mes traitements dentaires.

Signature du patient _____ Date _____

Si vous avez rempli cette fiche pour une autre personne, veuillez écrire votre nom en majuscules et signer ci-dessous en indiquant votre lien avec le patient.

Majuscules _____ Lien _____

Signature _____ Date _____

Mise à jour des antécédents médicaux : Nous vous demanderons régulièrement de mettre à jour vos antécédents médicaux.

Date	Changements/remarques	Signature du patient et du dentiste
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____
____/____/____	_____	_____