



# Bilan de santé

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements bucco-dentaires pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments ou un acte médical pouvant vous être dangereux et de connaître d'éventuelles contre-indications. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire avec précision ; si vous ne savez pas, passez aux questions suivantes.

Les réponses seront réexaminées et si besoin complétées lors de l'entretien avec votre chirurgien-dentiste. Vos réponses sont uniquement utilisées pour compléter votre dossier médical et restent strictement confidentielles. Ce questionnaire est à remplir par le (la) patient(e), ou par un parent ou tuteur le cas échéant. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom _____ Prénom _____
Nom de naissance _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Tél. domicile _____ portable _____
E-mail _____
Date de naissance _____ Taille _____ Poids (kg) _____ Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Profession _____ <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Retraité
Motif de la consultation : <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Dents de sagesse <input type="checkbox"/> Résection apicale <input type="checkbox"/> Soins parodontaux <input type="checkbox"/> Dégagement chirurgical <input type="checkbox"/> Freinectomie <input type="checkbox"/> Avis divers
Accepteriez-vous de réaliser la ou les extractions dès le premier rendez-vous si le Docteur vous le propose ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si un professionnel de santé vous adresse, indiquez ses nom, prénom et coordonnées <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
A quand remonte votre dernière consultation dentaire ? _____
<b>Lors de précédentes visites chez le dentiste</b>
Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ou un malaise vagal ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous eu un saignement prolongé suite à une intervention chirurgicale, extraction dentaire ou des blessures ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Êtes-vous sujet(e) aux ecchymoses ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> a arrêté Sous quelle forme ? _____
Précisez votre consommation _____ par jour par semaine par mois
Arrêté le _____
Consommez-vous de l'alcool ? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> Régulièrement
Consommez-vous des stupéfiants ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> a arrêté Arrêté le _____
Avez-vous fait l'objet de violences, physiques ou psychologiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous reçu un choc violent sur la tête, le cou ou ailleurs ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous subi des violences dans l'enfance, au travail ou dans votre vie de couple ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Avez-vous subi des évènements qui vous ont fait mal et qui continuent à vous faire mal aujourd'hui ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>Pour les femmes</b>
Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date prévue de l'accouchement _____



Nom, prénom et coordonnées de votre médecin traitant

A quand remonte votre dernier examen médical ? \_\_\_\_\_

Si vous êtes suivi par un spécialiste en ville ou à l'hôpital, motif, nom, prénom et coordonnées

Prenez-vous actuellement ou régulièrement des médicaments ?  Non  Oui Lesquels ? \_\_\_\_\_

Merci de bien vouloir, au choix :  Apporter l'ordonnance au prochain rendez-vous  Adresser un scan par mail

Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?  Non  Oui Lesquelles ? \_\_\_\_\_

Une intervention chirurgicale est-elle prévue prochainement ?  Non  Oui Laquelle ? \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'un handicap particulier ?  Non  Oui De quelle nature ? \_\_\_\_\_

### Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection ou de plusieurs affections de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

- |                           |  |  |  |                                    |
|---------------------------|--|--|--|------------------------------------|
|                           | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle                   | <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde         | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine        |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque                    | <input type="checkbox"/> Endocardite infectieuse       |  |                                    |
| Maladie cardiovasculaire  | <input type="checkbox"/> Affection valvulaire ou souffle au coeur  | <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque        |  |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Accident Vasculaire Cérébral (AVC)        | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu   |  |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Angioplastie cardiaque (stent)            |  |  |                                    |
| Maladie digestive         | <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique                    |  |  |                                    |
| Maladie nez/gorge/oreille | <input type="checkbox"/> Rhume ou rhino-pharyngite chronique       | <input type="checkbox"/> Otite                         |  |                                    |
| Maladie du sommeil        | <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées obstructives du sommeil |  |  |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Ronflement, fatigue ou somnolence         |  |  |                                    |
| Maladie du sang           | <input type="checkbox"/> Hémophilie                                |  |  |                                    |
| Maladie infectieuse       | <input type="checkbox"/> Sérologie hépatite B positive             | <input type="checkbox"/> Sérologie hépatite C positive |  |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Sérologie HIV positive                    | <input type="checkbox"/> SIDA                          | <input type="checkbox"/> Herpès (bouton de fièvre) | <input type="checkbox"/> Candidose |
| Maladie rhumatologique    | <input type="checkbox"/> Ostéoporose                               | <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde       |  |                                    |
| Maladie endocrinienne     | <input type="checkbox"/> Diabète                                   | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie                 | <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie            |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Troubles des glandes surrénales           |  |  |                                    |
| Autres troubles           | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques                   | <input type="checkbox"/> Dépression                    |  |                                    |
|                           | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement alimentaires     | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs            |  |                                    |

Avez-vous déjà souffert d'un cancer ?  Non  Oui Lequel ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Autres maladies

### Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement de la liste suivante ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Avez-vous été traité par radiothérapie ?  Non  Oui (traitement par irradiation)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été traité par chimiothérapie ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une greffe ?  Non  Oui Laquelle ? \_\_\_\_\_

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous porteur d'un pacemaker ?  Non  Oui A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous subi une chirurgie cardiaque ?  Non  Oui (pontage aorto-coronaire)

A quelle date ? \_\_\_\_\_



Suivez-vous un traitement pour fluidifier le sang ou êtes-vous sous anticoagulant ?  Non  Oui lequel ?

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement par immunosuppresseurs ?  Non  Oui (ex: Imurel®, Cellcept®, Myfortic®, Methotrexate®, Humira®, Enbrel®, Remicade®, Cimzia®, Simponi®, ...)

Lequel ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise \_\_\_\_\_

Avez-vous une prothèse orthopédique ?  Non  Oui (hanche, genou, coude, ...)

A quelle date ? \_\_\_\_\_

Avez-vous pris ou prenez-vous (même dans les 10 ans) un traitement aux biphosphonates ?  Non  Oui (ex: Didronel®, Skélid®, Osteopam®, Lytos®, Clastoban®, Fosamax®, Fosavance®, Adroavance®, Actonel®, Bonviva®, Bondronat®, Zométa®, Aclasta®, Prolia®, Xgeva®, Protelos®, ...)

Sous quelle forme (voie orale ou perfusion IV, injection) ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise \_\_\_\_\_

Prenez-vous un traitement neuroleptique ou au lithium ?  Non  Oui

Autres traitements

### Êtes-vous allergique ?

(Si oui, cochez la case correspondante)

Anesthésiques locaux  Aspirine  Antibiotiques Précisez \_\_\_\_\_

Codéine  Ibuprofène (ex : Advil®, Nurofen®, Spifen®, ...)

Iode et produits dérivés  Sédatifs ou neuroleptique Précisez \_\_\_\_\_

Métaux  Latex ou gants médicaux, ménagers  Résines (prothèses résines, couronnes résines, ...)

Autres ? \_\_\_\_\_

Signes apparus (plaques rouges, œdème de Quincke, vertige, diarrhées, maux d'estomac)

### Apprendre à mieux vous connaître sur le plan bucco-dentaire

#### Vos gencives

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

Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour une maladie des gencives ?  Non  Oui

Nature du diagnostic et/ou du traitement \_\_\_\_\_

Y a-t-il des antécédents de maladie des gencives dans votre famille (gingivite, parodontite, déchaussement...) ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau de vos gencives ?  Non  Oui Précisez \_\_\_\_\_

#### Vos dents, quels sont les problèmes dentaires à nous signaler ?

Mobilité dentaire  Non  Oui

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème de santé non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, nous vous remercions de le préciser ci-dessous :

Pour votre prochain rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir :

- des ordonnances des médicaments que vous prenez ;
- des éventuelles radios dentaires en votre possession ;
- de votre carte vitale et des éventuels justificatifs papier pour votre remboursement ;
- de votre courrier ainsi que du devis de votre dentiste si vous l'avez.

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé, et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien traitant au rendez-vous suivant

Fait à \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature