

SELARL CABINET DU

DR PHILIPPE  
MEIMOUN

CHIRURGIEN DENTISTE

27<sup>ER</sup> RUE PIERRE DUPONT  
9 2 1 5 0 S U R E S N E S

01 40 99 09 36

DOCTEURMEIMOUN@GMAIL.COM

WWW.DOCTEURMEIMOUN.COM

## HISTORIQUE MÉDICAL & 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, 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 répercussion 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.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détail.

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

Dr Philippe Meimoun et son équipe.



Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone (mobile, domicile, travail) : \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MÉDICAL

Nom de votre Médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

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

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

Prenez-vous des médicaments en ce moment et/ou durant les 3 derniers mois ?  Oui  Non

· Si oui, lesquels et pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

- |                                               |                                                        |                                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hypertension Arterielle | <input type="radio"/> Maladie du sang                  | <input type="radio"/> Migraines                       |
| <input type="radio"/> Asthme                  | <input type="radio"/> Sinusites répétées               | <input type="radio"/> Diabète                         |
| <input type="radio"/> Chirurgie esthétique    | <input type="radio"/> Maladie ORL                      | <input type="radio"/> Maladie Ophtalmique             |
| <input type="radio"/> Désordres hormonaux     | <input type="radio"/> Maladie Pulmonaire               | <input type="radio"/> Hépatite A, B ou C              |
| <input type="radio"/> Pertes de connaissance  | <input type="radio"/> Thyroïde                         | <input type="radio"/> Ostéoporose                     |
| <input type="radio"/> Problèmes nerveux       | <input type="radio"/> Troubles des reins               | <input type="radio"/> traitement au Biphosphonates    |
| <input type="radio"/> Maladie du foie         | <input type="radio"/> Prothèses (autres que dentaires) | <input type="radio"/> Ulcères à l'estomac ou Brûlures |
| <input type="radio"/> Maladies cardiaques     | <input type="radio"/> Rhumatisme Articulaire Aigu      |                                                       |
| <input type="radio"/> Autres maladies : _____ |                                                        |                                                       |

Sur quel niveau d'information souhaitez-vous que nous vous conseillions ?

- Uniquement le motif de ma visite  
 Une information complète sur l'état de ma bouche  
 Les risques que représentent mon état dentaire sur ma santé en général  
 Ce qu'il est nécessaire de faire intentionnellement pour entretenir ma santé dentaire et générale  
 Tous ces éléments m'intéressent

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

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?  Oui  Non

· Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

- Pénicilline  Aspirine  Anesthésique locaux  Iode et produits dérivés  Latex  Métal

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?  Oui  Non

· Si oui, quelle est la date prévus de l'accouchement ? \_\_\_\_\_

- 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.

Suresnes, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

SIGNATURE :

# HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif de votre consultation ? \_\_\_\_\_

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

Tous les traitements nécessaires ont-ils été réalisés ?  Oui  Non

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

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

## HYGIÈNE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent  Dure  Moyenne  Souple ?

Quand vous brossez-vous les dents  Matin  Midi  Soir ?

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ?  Oui  Non

## MÂCHOIRES

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?  Oui  Non

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ?  Oui  Non

Avez-vous de fréquents maux de tête, douleurs dans les oreilles ou migraine ?  Oui  Non

Ressentez-vous des tensions dans les tempes, la nuque ou les épaules ?  Oui  Non

## 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, par :  un bridge fixe  un appareil mobile  un implant

Si non, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? \_\_\_\_\_

Concernant l'utilisation des matériaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

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

## GENCIVES

Avez-vous des dents qui bougent ?  Oui  Non

Avez-vous les gencives sensibles ou douloureuses ?  Oui  Non

Avez-vous remarqué que vos dents se sont déplacées depuis quelque temps ?  Oui  Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, à la mastication, voire spontanément ?  Oui  Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?  Oui  Non

Si oui, par :  Chirurgie  Médicaments  Détartrage

## DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

Aimeriez-vous avoir les dents plus blanches ?  Oui  Non

Aimeriez-vous aligner votre sourire sans bague ?  Oui  Non

Êtes-vous intéressé par le comblement des rides et sillons du visage ?  Oui  Non

Êtes-vous intéressé par les facettes cosmétiques sans taille des dents ?  Oui  Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous intéressé par une consultation dédiée à l'analyse de votre sourire ?  Oui  Non

## DIVERS

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ? \_\_\_\_\_

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?  Pas du tout  Un peu  Beaucoup

Autres remarques utiles : \_\_\_\_\_