

ANTÉCÉDENTS DENTAIRES

Dr. NEBUT Maxime

Chirurgien – Dentiste
Inscrit au tableau de l'Ordre N° 3735

47 bis cours Gambetta
33 430 BAZAS
05 . 56 . 25 . 08 . 77
dr.nebut.maxime@gmail.com

Nom et prénom

Comment percevez-vous l'état de votre bouche ? Excellent Bon Passable Médiocre

Dentiste précédent

Depuis combien de temps êtes-vous un patient ? mois / années

Depuis combien de temps êtes-vous un patient ? mois / années

Date de l'examen dentaire le plus récent : / /

Date des radios les plus récentes : / /

Date du traitement le plus récent (autre qu'un nettoyage) : / /

Je vois mon dentiste tous les : 3 mois 4 mois 6 mois 12 mois pas régulièrement

QUEL EST VOTRE SOUCI IMMEDIAT ?

VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU PAR NON À CE QUI SUIT :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	OUI	NON
1. Appréhendez-vous les traitements dentaires ? Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (beaucoup) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire défavorable ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu des complications sur l'un de vos traitements dentaires précédents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu de la difficulté à être insensibilisé ou avez-vous eu des réactions aux anesthésiques locaux ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà porté un appareil orthodontique, reçu un traitement orthodontique ou une correction de l'occlusion ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà eu des dents extraites ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STRUCTURE DES DENTS		
7. Avez-vous déjà eu des caries dentaires ces 3 dernières années ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que la quantité de salive dans votre bouche semble trop faible ou avez-vous des difficultés à avaler les aliments ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce que vous sentez ou avez remarqué des trous ou des irrégularités sur la surface de vos dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous des dents sensibles au chaud, au froid, à la mastication, aux sucreries ou évitez-vous de brosser une partie de vos dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous des encoches ou des rainures sur vos dents près du bord de la gencive ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous déjà eu des dents cassées, ébréchées, mal aux dents ou un plombage fissuré ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous des aliments qui restent coincés entre les dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENCIVES ET OS		
14. Est-ce que vos gencives saignent ou sont douloureuses au brossage ou en passant le fil dentaire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous déjà été traité pour une maladie des gencives ou vous a-t-on dit que vous présentiez une perte osseuse autour des dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Y a-t-il des antécédents familiaux de parodontopathie (déchaussement dentaire) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous les gencives qui ont changé de position (récession) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous déjà eu des dents qui bougent (en dehors d'un traumatisme, choc) ou avez-vous des difficultés à manger une pomme ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous déjà eu une sensation de brûlure dans votre bouche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE		
21. Avez-vous des problèmes de l'articulation de la mâchoire (douleurs, craquements, limitation d'ouverture, blocage, claquements) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous l'impression que votre mâchoire du bas est poussée en arrière quand vous serrez vos dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Evitez-vous ou avez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, du pain ou autres aliments durs ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Durant les 5 dernières années, vos dents ont-elles changé, devenant plus courtes, plus fines ou usées ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous l'impression que vos dents se tordent ou se chevauchent ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vos dents sont-elles resserrées ou écartées ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Serrez-vous les dents toujours de la même manière ou avez-vous plusieurs positions ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Placez-vous votre langue entre vos dents ou reposez-vous vos dents sur votre langue ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Est-ce que vous croquez des glaçons, rongez vos ongles, utilisez vos dents pour tenir des objets ou autres habitudes ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Serrez-vous vos dents durant la journée ou les rendez-vous douloureuses ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Avez-vous des problèmes de sommeil, de douleurs ou d'hyperconscience de vos dents au réveil ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Portez-vous ou avez-vous porté un appareil correcteur d'occlusion ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE		
33. Aimerez-vous changer quelque chose dans l'apparence de vos dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Avez-vous déjà fait un blanchiment dentaire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou gêné par l'aspect de vos dents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Avez-vous été déçu(e) par l'apparence de travaux dentaires précédents ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date / /

Signature du patient

Dr NEBUT Maxime