



Dr François le Bigot
Chirurgien-Dentiste
DIUE Implantologie

HISTOIRE DENTAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Vous venez de la part de : _____

Comment qualifieriez-vous l'état de votre bouche ? Excellent Bon Correct Mauvais

Dentiste précédent : _____

Depuis combien de temps étiez-vous son patient ? _____

Date du dernier examen dentaire : __/__/____ Date des dernières radiographies : __/__/____

Date du dernier soin dentaire (autre qu'un nettoyage) : __/__/____

Vous consultez votre dentiste tous les : 3 mois 6 mois 12 mois pas régulièrement

QUEL EST LE MOTIF DE VOTRE CONSULTATION ?

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :



Oui / Non

1. Avez-vous peur des soins dentaires ? À quel degré, sur une échelle de 1 (très peu) à 10 (énormément) ? [__] _____ /
2. Avez-vous connu par le passé une expérience dentaire déplaisante ? _____ /
3. Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire ? _____ /
4. Avez-vous déjà rencontré des problèmes d'efficacité de l'anesthésie, ou fait des réactions à un anesthésique local ? __ /
5. Avez-vous déjà eu des bagues, un traitement orthodontique ou un traitement d'ajustement de l'occlusion ? _____ /
6. Avez-vous déjà subi une extraction dentaire ? _____ /

GENCIVES ET OS :



Oui / Non

7. Est-ce que vos gencives saignent ou vous font mal lorsque vous vous brossez les dents ou utilisez du fil dentaire ? _____ /
8. Avez-vous reçu un traitement pour une maladie des gencives ou perdu de l'os autour de vos dents ? _____ /
9. Avez-vous déjà remarqué une odeur ou un goût désagréable dans votre bouche ? _____ /
10. Y a-t-il des antécédents de maladies parodontales dans votre famille ? _____ /
11. Avez-vous déjà remarqué des déchaussements au niveau des gencives ? _____ /
12. Avez-vous déjà eu des dents qui bougent (sans qu'il s'agisse d'un accident, ou avez-vous du mal à croquer dans une pomme ? _____ /
13. Avez-vous éprouvé une sensation de brûlure dans la bouche ? _____ /

STRUCTURE DES DENTS :



Oui / Non

14. Avez-vous eu des caries ces 3 dernières années ? _____ /
15. Avez-vous l'impression que vous ne salivez pas assez, ou éprouvez-vous des difficultés à avaler des aliments ? _____ /
16. Sentez ou voyez-vous des trous (petits cratères, irrégularités) à la surface de vos dents, à l'endroit où vous mordez ? _ /
17. Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, aux sucreries ? Évitez-vous de broser une partie de votre bouche ? __ /
18. Avez-vous des rainures ou des encoches sur vos dents, près de la ligne des gencives ? _____ /
19. Avez-vous déjà eu des dents cassées ou ébréchées, mal aux dents ou un plombage cassé ? _____ /
20. Vous arrive-t-il fréquemment que des aliments restent coincés entre vos dents ? _____ /

OCCLUSION ET ARTICULATION DE LA MÂCHOIRE :



Oui / Non

21. Avez-vous des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire ? (douleur, bruits, ouverture limitée, verrouillage, claquements..) __ /
22. Avez-vous l'impression que votre mâchoire inférieure recule lorsque vous mordez ? _____ /
23. Éprouvez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, à manger des carottes, des noix, des bagels, de la baguette, des barres protéinées ou tout autre aliment dur et sec ? _____ /
24. Vos dents ont-elles changé au cours des 5 dernières années ? Vous paraissent-elles plus courtes, plus fines ou usées ? /
25. Vos dents sont-elles moins bien alignées qu'avant ? Est-ce qu'elles se chevauchent ? _____ /
26. Avez-vous l'impression que vos dents sont plus espacées ou qu'elles sont moins solidement attachées ? _____ /
27. Devez-vous déplacer votre mâchoire ou faire des efforts spécifiques pour que vos dents s'emboîtent ? _____ /
28. Placez-vous votre langue entre vos dents ou fermez-vous vos dents contre votre langue ? _____ /
29. Vous arrive-t-il de croquer des glaçons, de vous ronger les ongles, de tenir des objets avec vos dents ? Avez-vous d'autres habitudes spécifiques à ce niveau ? _____ /
30. Serrez-vous les dents pendant la journée ? Vous arrive-t-il de vous faire mal ? _____ /
31. Avez-vous des problèmes de sommeil (agitation, par exemple), vous arrive-t-il de vous réveiller avec un mal de tête ou une impression étrange au niveau des dents ? _____ /
32. Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière pour dormir la nuit ? _____ /

CARACTÉRISTIQUES DU SOURIRE :



Oui / Non

33. Y a-t-il quoi que ce soit sur l'apparence de vos dents que vous aimeriez changer ? _____ /
34. Vous êtes-vous déjà blanchi les dents ? _____ /
35. Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise à propos de l'apparence de vos dents ? _____ /
36. Avez-vous déjà été déçu par un travail sur vos dents, par le passé ? _____ /