

Nom Prénom Date de naissance
Profession E-mail
Adresse/CP/Ville Tél

Commentaires du Praticien

Médecin généraliste :

Nom
Coordonnées
Quand l'avez-vous consulté pour la dernière fois ?
Et pour quel motif ?

Bilan médical :

Vous sentez-vous globalement en bonne santé ?
Avez-vous des problèmes :
- Cardiaques ? - De diabète ?
- Pulmonaires ? - Hépatiques (foie) ?
- ORL (nez/gorge/oreilles) ? - Rénaux ?
- Circulatoires ? - Gynécologiques ?
- D'allergies (dont médicaments) ?
Avez-vous des orientations alimentaires spécifiques ?
Avez-vous des troubles d'humeur, de caractère ?
Avez-vous été opéré ou hospitalisé ?

Habitudes de vie :

Prenez-vous des médicaments ?
Lesquels ? (dont anticoagulants et biphosphonates contre l'ostéoporose)

(Merci de sortir votre ordonnance que nous en fassions une copie)

Fumez-vous ? Oui Non

Si oui :

- Combien par jour ?
- Depuis combien de temps ?
- Envisagez-vous de modifier votre consommation ?
- Avez-vous déjà tenté un sevrage tabagique ?

Quel type de brosse à dents utilisez-vous ? Souple Médium Dure

A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?

Vos gencives saignent-elles au brossage ?
Souvent ?

Depuis combien de temps ?

Avez-vous des sensibilités au froid, au chaud ?

Sentez-vous vos dents plutôt solides ou fragiles lorsque vous
croquez ?(mobilités)

Soins dentaires :

Depuis combien de temps avez-vous consulté un chirurgien-dentiste ?

Avez-vous bénéficié de soins, d'un détartrage ?

Avez-vous eu des détartrages régulièrement ?

Avez-vous eu vos dents de sagesse ?

Ont-elles été retirées ? sous AG / en Cabinet Dentaire ?

Est-ce que ça s'est bien passé ?

Avez-vous eu un traitement d'orthodontie ?

- Fixe ou amovible ? - Quelle durée ?

- En êtes-vous satisfait ?

Pour conclure, vous sentez-vous confortable dans votre bouche ?

Date :

Signature du patient :

Signature du praticien :