

# HISTORIQUE DENTAIRE

Plainte principale :

\_\_\_\_\_

À quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu de mauvaises expériences chez un dentiste ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous craintif (ive) face aux traitements dentaires ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vos dents sont sensibles au chaud, froid, sucré ou à la pression ? \_\_\_\_\_

Avez-vous perdu des dents autres que vos dents de sagesse ? \_\_\_\_\_

Si oui, est-ce qu'elles ont été remplacées ? \_\_\_\_\_

Leur remplacement vous a-t-il été suggéré ? \_\_\_\_\_

Ce fait vous rend-il inconfortable ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des maux de têtes, d'oreilles ou de la douleur au cou ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vos mâchoires sont sensibles au réveil ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous grincez des dents ? \_\_\_\_\_

Est-ce que des aliments restent coincés entre les dents ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous satisfait de l'apparence de vos dents ? \_\_\_\_\_

Des gens de votre famille ont-ils perdu des dents ou ont des problèmes de gencives ? \_\_\_\_\_

Avez-vous souvent des caries à faire réparer ? \_\_\_\_\_

Vous considérez-vous stressé (e) ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous sujet aux infections ? \_\_\_\_\_

Avez-vous un mauvais goût dans la bouche le matin ? \_\_\_\_\_

Vos gencives saignent-elles, sont-elles sensibles ou irritées ? \_\_\_\_\_

Si oui, à votre avis cela a commencé quand ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des traitements parodontaux ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des dents branlantes ou déplacées ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà porté des broches ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des traitements de canaux ? \_\_\_\_\_

Croyez-vous que vous allez perdre vos dents bientôt ? \_\_\_\_\_

Croyez-vous que allez porter un dentier un jour ? \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_