



Cabinet dentaire
Dr. NGUYEN

HISTORIQUE MÉDICAL CONFIDENTIEL

NOM :

Prénom :

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiaques | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Vasculaires | <input type="checkbox"/> Hiv-Mst |
| <input type="checkbox"/> Rénaux | <input type="checkbox"/> Hépatite A B C |
| <input type="checkbox"/> Digestifs | <input type="checkbox"/> Coagulation sanguine |
| <input type="checkbox"/> Respiratoires | <input type="checkbox"/> Autres ? |
| <input type="checkbox"/> Ulcère | |

PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ? non si oui, lesquels ?

FUMEZ VOUS ? non oui Nombre de cigarettes par jour ?

GROSSESSE ? non oui À quel mois ?

AUTRES MALADIES ? (précisez)

ALLERGIES CONNUES :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotique | <input type="checkbox"/> Métaux |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Iode | <input type="checkbox"/> Autres ? |

TRAITEMENT PAR BIPHOSPHONATES :

- non
 oui

Didronel -Fosamax-Actonel-Zometa-Bonviva...

VOTRE MÉDECIN TRAITANT :

Docteur

VOS DENTS

MOTIF DE LA CONSULTATION :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dent cassée | <input type="checkbox"/> bridge ou couronne à faire |
| <input type="checkbox"/> prothèse descellée | <input type="checkbox"/> caries |
| <input type="checkbox"/> prothèse cassée | <input type="checkbox"/> autres : |

LA DOULEUR :

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> faible | <input type="checkbox"/> la nuit |
| <input type="checkbox"/> moyenne | <input type="checkbox"/> au froid |
| <input type="checkbox"/> forte | <input type="checkbox"/> au sucré |

L'ESTHÉTIQUE DE VOS DENTS :

- qu'aimerez-vous idéalement changer ?
 une demande esthétique personnelle ?

GENCIVES :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> saignements | <input type="checkbox"/> mauvaise haleine |
| <input type="checkbox"/> dents qui bougent | <input type="checkbox"/> douleur au brossage |
| <input type="checkbox"/> déchaussement | <input type="checkbox"/> douleur à la mastication |
| <input type="checkbox"/> abcès | <input type="checkbox"/> autres : |

SOUHAITEZ-VOUS OBTENIR DES INFORMATIONS SUR :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> les soins dentaires au laser | <input type="checkbox"/> devis pour couronne-bridge |
| <input type="checkbox"/> les implants | <input type="checkbox"/> facettes et inlays esthétiques |
| <input type="checkbox"/> le blanchiment | <input type="checkbox"/> autres : |

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE CABINET ?

.....
.....
.....

Les Lilas le ,

Signature :