



## HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre dentiste habituel : .....

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? .....

Quel est le motif de votre consultation ? .....

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles : .....

### GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelques temps ?  OUI  NON

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?  OUI  NON

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?  OUI  NON

Si oui,  par chirurgie  par médicaments  par détartrage

### DENTS

Avez-vous des dents extraites ?  OUI  NON

Si oui, pour quelles raisons ?

Caries  Infection ou abcès  Déchaussement  Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ?  OUI  NON

Si oui, comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? .....

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles : .....

Avez-vous des dents sensibles ?  OUI  NON

Au chaud  Au froid  Au sucre  Aux acides  A la mastication

### SOURIRE

Êtes-vous satisfait(e) de votre sourire ?  OUI  NON

Si non, pour quelles raisons ? .....

### MÂCHOIRES

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?  OUI  NON

Avez-vous remarqué des craquements, des claquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ?  OUI  NON

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ?  OUI  NON

### HYGIÈNE DENTAIRE

Quel type de brosse à dents utilisez-vous ?  DURE  MOYENNE  SOUPLE  ELECTRIQUE

Quand vous brossez-vous les dents ?  MATIN  MIDI  SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? .....

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ?  OUI  NON

Signature