

# Questionnaire de Santé – Cabinet Dentaire Dr Couturier

- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_
- E-mail : \_\_\_\_\_

## 1. Motif de consultation

- Bilan dentaire
- Douleur dentaire
- Gencives qui saignent
- Dents manquantes
- Pose d'implants dentaires
- Autre : \_\_\_\_\_

## 2. Santé bucco-dentaire

### Ressenti global

- Comment évaluez-vous l'état actuel de vos dents ?  
 Très bon  Bon  Moyen  Mauvais  Très mauvais
- Comment évaluez-vous l'état actuel de vos gencives ?  
 Très bon  Bon  Moyen  Mauvais  Très mauvais
- Ressentez-vous une gêne esthétique liée à vos dents ou à vos gencives ?  
 Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### Symptômes

- Vos gencives saignent-elles lors du brossage ou spontanément ?  
 Oui  Non
- Avez-vous l'impression que vos dents bougent ?  
 Oui  Non
- Avez-vous une mauvaise haleine persistante ?  
 Oui  Non
- Ressentez-vous des douleurs ou une gêne à la mastication ?  
 Oui  Non
- Avez-vous des dents absentes ?  
 Oui  Non

## 3. Hygiène bucco-dentaire

- Fréquence de brossage :  
 1 fois/jour  2 fois/jour  Plus

- Utilisez-vous :  
 Brossettes interdentaires  Fil dentaire  Bain de bouche  Aucun

#### 4. Antécédents médicaux

- Êtes-vous actuellement suivi(e) pour une maladie ?  
 Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_
- Prenez-vous un traitement médical régulier ?  
 Oui  Non  
Si oui, lequel : \_\_\_\_\_
- Avez-vous des allergies ?  
 Oui  Non  
Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_
- Êtes-vous diabétique ?  
 Oui  Non  
Si oui,  Équilibré  Non équilibré  Je ne sais pas
- Êtes-vous atteint(e) d'une immunodépression ? (ex : VIH, traitement immunosuppresseur)  
 Oui  Non
- Prenez-vous actuellement ou avez-vous déjà pris des biphosphonates ou des traitements apparentés ? (Ex : Fosamax®, Actonel®, Zometa®, traitement pour ostéoporose ou cancer)  
 Oui  Non  Je ne sais pas
- Avez-vous un risque d'endocardite infectieuse ? (valvulopathie, prothèse valvulaire, antécédents de cardiopathie infectieuse)  
 Oui  Non  Je ne sais pas
- Avez-vous des antécédents de maladies parodontales (déchaussement) ?  
 Oui  Non  Je ne sais pas
- Avez-vous déjà eu des implants dentaires ?  
 Oui  Non

#### 5. Mode de vie

- Êtes-vous fumeur ?  
 Oui  Non  Ex-fumeur  
Si oui, combien de cigarettes par jour ? \_\_\_\_\_
- Consommez-vous régulièrement des produits sucrés ?  
 Oui  Non
- Êtes-vous stressé(e) ?  
 Oui  Non

#### 6. Vos attentes

- Qu'attendez-vous de ce traitement ?  
 Retrouver le confort de mastication  
 Améliorer l'esthétique  
 Stabiliser l'état de mes gencives  
 Autre : \_\_\_\_\_
- Sur une échelle de 0 à 10, quelle importance accordez-vous à la santé de vos dents et de vos gencives ?  
(0 = Pas important / 10 = Très important)  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

---

**Date :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du patient :** \_\_\_\_\_

