

# FICHE MÉDICALE ET DENTAIRE (ADULTE)

## HISTOIRE DENTAIRE :

Dernière visite chez votre dentiste : ( ) 0-6 mois ( ) 6-12 mois ( ) + 12 mois

Raison pour la consultation en orthodontie : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu une consultation en orthodontie auparavant? ( ) oui ( ) non

Si oui, avez-vous eu un traitement? ( ) oui ( ) non

Êtes-vous craintif face aux visites chez votre dentiste? ( ) oui ( ) non

Avez-vous déjà eu un accident à la tête ou au cou? ( ) oui ( ) non

Avez-vous déjà eu un traumatisme dentaire? ( ) oui ( ) non

Respirez-vous par la bouche? ( ) oui ( ) non

Avez-vous eu des extractions? ( ) oui ( ) non

Souffrez-vous de craquements à la mâchoire? ( ) oui ( ) non

Souffrez-vous de l'A.T.M.? ( ) oui ( ) non

Souffrez-vous de saignements aux gencives? ( ) oui ( ) non

Souffrez-vous de dents sensibles? ( ) oui ( ) non

## HISTOIRE MÉDICALE :

Nom et téléphone de votre médecin de famille : \_\_\_\_\_

Date de votre dernier examen médical? \_\_\_\_\_

Êtes-vous en bonne santé? ( ) oui ( ) non, expliquez : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments? ( ) oui, lesquels? \_\_\_\_\_ ( ) non

Êtes-vous enceinte? ( ) oui ( ) non

Prenez-vous des médicaments de type biophosphonates? ( ) non

oui, Fosamex ( ) Actonel ( ) Autre \_\_\_\_\_

Souffrez-vous d'ostéoporose? ( ) oui ( ) non

Fumez-vous? ( ) oui ( ) non

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...?

Troubles cardiaques ( ) Fièvre rhumatismale ( ) Endocardite ( ) Anémie ( )

Saignements prolongés ( ) Rhumes fréquents ou sinusite ( ) Asthme ( )

Tuberculose ou problèmes pulmonaires ( ) Ablation des amygdales ou des adénoïdes ( )

Virus HIV ( ) Problèmes d'ordre émotionnel ( ) Troubles digestifs ( )

Problèmes de foie ( ) Troubles rénaux ( ) Diabète ( ) Troubles thyroïdiens ( )

Épilepsie ( ) Maladies de la peau ( ) Problèmes oculaires ( )

Maux de tête fréquents ( ) Évanouissements ( ) Maux d'oreilles ( )

Haute ou basse pression ( ) Toux persistante ( ) Mononucléose ( ) Cancer ( )

Problèmes d'ossature ( ) Troubles nerveux ( ) Problèmes endocriniens ( )

Allergies : latex : ( ) oui ( ) non médicaments \_\_\_\_\_ nourriture \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

