



## Le Carré des Sourires

Bienvenue & merci d'avoir choisi notre cabinet pour réaliser vos traitements dentaires et esthétiques. Toute notre équipe est à votre service pour vous offrir des soins de la plus grande qualité, un accueil chaleureux, et pour veiller à votre confort.

Comme convenu, nous serons heureux de vous accueillir lors de votre rendez-vous le :

---

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous garantir les meilleurs traitements, vous trouverez ci-joint un historique médical et dentaire confidentiel, que nous vous remercions de bien vouloir nous ramener complété le jour de votre rendez-vous.

De même si vous avez en votre possession, des documents ou des radios qui pourraient nous être utiles, merci de les apporter avec vous.

Si vous désirez des renseignements complémentaires, n'hésitez pas à contacter le cabinet au :

**03 28 53 51 88**

Nous vous invitons également à consulter notre site web à l'adresse suivante :

**[www.carredessourires.fr](http://www.carredessourires.fr)**

Dans l'attente du plaisir de vous rencontrer, nous vous adressons nos plus sincères salutations.

Le Carré des Sourires

Dr Sophie LORAND & Dr Marc-Antoine BÉCAVIN  
41 rue St Sébastien - 59800 LILLE - Tél. : 03 28 53 51 88  
contact@carredessourires.fr - [www.carredessourires.fr](http://www.carredessourires.fr)

Mme  Mr Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession (facultatif) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (portable) : \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MÉDICAL

Nom de votre Médecin traitant : \_\_\_\_\_

A quand remonte votre dernier examen médical ? \_\_\_\_\_

Avez-vous connu des changements dans votre état de santé depuis un an ?  Oui  Non

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement : (Les réponses seront complétées lors de l'entretien avec le Dentiste).

<input type="checkbox"/> Antidépresseurs	Maladie du foie	Prothèses
<input type="checkbox"/> Asthme	Maladies cardiaques	(autres que dentaires)
<input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique	Maladie du sang	Séropositivité HIV
<input type="checkbox"/> Désordres hormonaux	Sinusites répétées	Diabète
<input type="checkbox"/> Œdèmes (gonflements)	Thyroïde	Glaucome
<input type="checkbox"/> Pacemaker	Troubles des reins	Autres maladies : _____
<input type="checkbox"/> Pertes de connaissance-vertiges	Tumeur maligne	_____
<input type="checkbox"/> Problèmes circulatoires	Ulcères à l'estomac	_____
<input type="checkbox"/> Problèmes neurologiques	Hépatite A, B ou C	_____

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident ?  Oui  Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ?  Oui  Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?  Oui  Non

• Si oui, lesquels \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Antihistaminiques	<input type="checkbox"/> Tranquillisants
<input type="checkbox"/> Aspirine	<input type="checkbox"/> Traitement pour la tension artérielle	<input type="checkbox"/> Cortisone
<input type="checkbox"/> Insuline	<input type="checkbox"/> Avastin	<input type="checkbox"/> Autres : _____

Avez-vous des allergies? Oui Non \_\_\_\_\_

• Si oui, lesquelles

<input type="checkbox"/> Anesthésique local chez le Dentiste	<input type="checkbox"/> Iode et produits dérivés	<input type="checkbox"/> Métal
<input type="checkbox"/> Antibiotique	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Barbituriques
<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire ou aspirine	<input type="checkbox"/> Neuroleptique ou somnifère	<input type="checkbox"/> Codéine

Pensez-vous avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions ?

Oui  Non Lesquels? \_\_\_\_\_

Etes-vous fumeur ?  Oui  Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_

Madame, Mademoiselle,

• Êtes-vous enceinte ? Si oui, de combien de mois :  Oui  Non

• Prenez-vous actuellement la pilule ?  Oui  Non

• Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose à base de Biphosphonate (Didronel, Clabostan, Lytos, Skélid, Aredia, Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Bondranat, Zometa, Aclasta) ?  Oui  Non

Certains membres de votre famille ont-ils ?  du diabète  Des pathologies cardio

vasculaires Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre stress en général ?

## HISTORIQUE DENTAIRE

Quel est le motif de votre consultation ? \_\_\_\_\_

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? \_\_\_\_\_

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Comment nous avez vous connus ? \_\_\_\_\_

## GENCIVES

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?  Oui  Non

Avez-vous remarqué que vos gencives se sont rétractées depuis quelques temps ?  Oui  Non

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées ou sont mobiles depuis quelques temps ?  Oui  Non

Avez-vous des aliments qui se coincent entre les dents après chaque repas ?  Oui  Non

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ?  Oui  Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?  Oui  Non

Si oui, par :  Chirurgie  Médicaments  Détartrage

Certains membres de votre famille ont-ils perdu des dents en raison d'un déchaussement ?  Oui  Non

## 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, par :  un bridge fixe  un appareil mobile  un implant

Si non, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

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 :

au chaud  au froid  au sucre  aux acides  ou à la mastication ?

## 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

## HYGIENÉ DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dent  DURE  MOYENNE ou  SOUPLE ?

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

## DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Êtes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?  Oui  Non
- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?  Oui  Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ?  Oui  Non
- Aimez-vous la forme de vos dents ?  Oui  Non
- Aimez-vous la couleur de vos dents ?  Oui  Non
- Vos prémolaires ou vos molaires laissent-elles paraître des plombages gris ?  Oui  Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?  
(Blanchiment, alignement..) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Souhaiteriez-vous avoir un diagnostic de votre sourire ?  Oui  Non

## DIVERS

- Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ?  Oui  Non
- Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ? \_\_\_\_\_
- Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Etes-vous anxieux(se) à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

- Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup

Autres remarques utiles : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

SIGNATURE :

Lille, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_