

Fiche téléphonique de premier rendez-vous

Date : / /

Mme / Mlle / M. / Enfant / Nom : Prénom :

Tél. Personnel :

Tél. Professionnel :

Tél. Portable :

Ancien patient Nouveau patient

Adressé par :

Dernière visite :/...../.....

Ancien praticien :

Bilan/Contrôle **Détartrage** **Détartrage + contrôle**

Urgence

Douleur Abscès Carie

Sensibilité Chaud Froid Pression Sucre

Perte Bridge Composite/Amalgame Couronne/Facette Dent Implant

Appareil Fracturé Désagrément

Implant Abscès Douleur

Paro Douleur Haleine Mobilité Œdème Saignement

• **Informations personnelles**

Aimable Angoissé Apeuré Coût Désagréable Exigeant Impatient Motivé

Compréhension du problème

Observations :

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

Questionnaire de connaissance

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Motif initial de la consultation : Contrôle / Détartrage / Douleur / Disfonction / Esthétique

Commentaires :

.....

.....

• Dentition	État présent	Antécédents déclarés	Observations
Caries			
Douleur			
Esthétique			
Mastication			
Autres			

• Parodontie

Douleur			
Halitose			
Mobilité			
Saignement au brossage			
Saignement spontané			
Sensibilité			
Autres			

• Environnement

Douleurs musculaires			
Etat nauséux			
Bruxisme			
Maux de tête			
Mordillements des joues/lèvres			
Nuque douloureuse			
Autres			

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

Questionnaire médical

« Nous allons commencer ensemble un traitement bucco-dentaire et afin d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision. Nous vous en remercions. »

Nom : Prénom :
 Date de naissance : / /

• Santé générale	Antécédents	Etat actuel	Médicaments
Affection cardiaque			
Anémie			
Hépatie			
HIV			
Rhumatismes			
Tension artérielle			
Troubles digestifs			
Troubles glandulaires			
Troubles nerveux			
Troubles neurologiques			
Troubles pulmonaires			
Troubles rénaux			
Autres			

• Traitement médical

Médicaments :

Antidépresseurs :
 Anticoagulants :
 Contraceptif :
 Autres :

Enceinte depuis le : / /

Radiation / Rayon X Années :

Anesthésie locale OUI / NON Réactions :

Anesthésie générale OUI / NON Réactions :

Allergies :

Antibiotiques :

Autres :

Interventions chirurgicales :

..... Date : / /

..... Date : / /

..... Date : / /

Médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

Je m'engage à signaler tous changements concernant mon état de santé et mes éventuels traitements.

Fait à : le / /

Signature du patient :