

# CABINET DENTAIRE DU DR ANAÏS ROETYNCK, HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine. Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents. C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps. Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront strictement confidentielles et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part. Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails. Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir. Dr ROETYNCK et son Equipe.

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Adressé par :  un membre de la famille

un/e ami/e

un médecin

internet

La visite chez le dentiste vous stresse-t'elle ?  pas du tout  un peu  beaucoup

Quel est votre type de brosse à dents :  dure  moyenne  souple

Saignez-vous des gencives ?  oui  non

Utilisez-vous le fil dentaire et/ou les brossettes interdentaires ?  oui  non

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Souhaiteriez-vous une démonstration de leur utilisation ?                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Etes-vous fumeur ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Etes-vous enceinte ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Etes-vous porteuse d'un stérilet ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous une des habitudes suivantes ?  |                              |                              |
| - Jouer d'un instrument musical à vent ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Fumer la pipe ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Se ronger les ongles, mâchouiller un stylo ou lunettes ?                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Se mordre la langue, la joue, la lèvre ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Tenir des objets entre vos dents (clou, cure-dents...)                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous remarqué un craquement/claquement/douleur à l'ouverture de la mâchoire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous déjà bénéficié d'une chirurgie esthétique ?                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui précisez : _____  |                              |                              |

### **AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE ?**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Hypertension :  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Cardiaque :   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui précisez : _____                                     |                              |                              |
| Prenez-vous des anticoagulants ?                            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Etes-vous porteur d'un Pacemaker ?                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Vasculaire sanguins (hémophile, saignements prolongés...) : | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Rhumatisme articulaire aigu (RAA) :                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Problèmes rénaux :  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Diabète :   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Si oui, est-il déséquilibré ?                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Hépatite :  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| HIV + :   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Cancer :  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Radiothérapie :  oui  non

Chimiothérapie :  oui  non

Pulmonaire :  oui  non

Asthme :  oui  non

Ulcère gastrique :  oui  non

Glaucome :  oui  non

Epilepsie :  oui  non

Nerveux (tétanie, dépression, anxiété, claustrophobe...) :  oui  non

Arthrose :  oui  non

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Ostéoporose :  oui  non

Si oui entourez votre traitement : Alcasta, Actonel, Adrovanse, Alendronate, Aredia, Bondronat, Bonefos, Bonviva, Clastoban, Didronel, Fosamax, Fosavance, Lytos, Paminject, Osté pam, Skelid, Teva, Zometa, Prolia, Xgera, Avastin, Sutent, Optruma.

Autres maladies :  oui  non

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Allergies (métaux, latex, pénicillines, autre médicament, iode, bétadine..)  oui  non

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Si vous aviez la possibilité de modifier votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ? \_\_\_\_\_

COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_

J'atteste l'exactitude des ces renseignements. En cas de modifications, je m'engage à en informer le praticien qui me soigne, au rendez-vous suivant.

Date et signature du patient :

Signature du praticien :

## INFORMATIONS

Dans le cadre d'un grand nettoyage de votre bouche, en particulier lors d'un détartrage, votre dentiste peut être amené à utiliser un aéropolisseur afin de venir à bout des colorations dites « extrinsèques » liées au tabac, café, thé, épices, colorants alimentaires..... et du tartre coincé dans les zones inaccessibles au détartreur par ultra-sons (zones interdentaires, sous-gingivales dans sa partie très haute).

Cet aéropolissage est facturé **40€** et n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale (mais peut être éventuellement pris en charge par votre mutuelle).

**Vous pouvez bien évidemment refuser ce soin en le précisant au praticien.**

---

SIGNATURE DU PATIENT

### Nettoyage dentaire par aéropolissage

**Le nettoyage dentaire par aéropolissage permet l'élimination du tartre et des colorations dentaires (thé, café, tabac...) et assure l'assainissement de la gencive.**

Il est généralement utilisé après un détartrage et avant un blanchiment.

L'aéropolissage produit un courant de fines particules de poudre sur la surface de la dent sous forme d'un jet d'eau et d'air comprimé. La poudre prophylactique diffusée est à base de bicarbonate de sodium parfumé ou de glycine. C'est une substance douce et biocompatible.

L'aéropolissage permet d'éliminer les bactéries, certaines colorations dentaires et de polir la surface dentaire. Le polissage retarde une nouvelle accumulation bactérienne.

Si la plaque dentaire qui contient les bactéries n'est pas régulièrement éliminée par des soins adaptés et réguliers et par des moyens professionnels, il peut entraîner le développement de maladies parodontales telle que la gingivite (gencives gonflées qui saignent au brossage...) ou provoquer un déchaussement prématuré des dents.

L'efficacité d'un bon nettoyage dentaire résulte de l'action conjuguée des ultrasons et de l'aéropolissage. Cette action peut être renouvelée tous les six mois si votre chirurgien-dentiste la juge nécessaire.

C'est une technique de plus en plus utilisée sur les implants dentaires dans le cadre de maintenance implantaire.



AVANT

Passage de l'aéropolisseur

APRÈS