

*Michel Campione*  
*Docteur en chirurgie dentaire*  
*Diplôme Universitaire d'Implantologie Parodontologie*

---

Nom: ..... N° de Tél. (dom) :.....(port) : .....  
Sexe : M / F                      Date de Naissance : .. /.. /....  
Adresse : .....  
.....  
Profession : ..... E-mail :.....

**QUESTIONNAIRE DENTAIRE**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. difficulté à ouvrir la bouche                              | Oui | Non |
| 2. difficulté à la mastication                                | Oui | Non |
| 3. Dents sensibles  | Oui | Non |
| 4. Impression de grincer des dents                            | Oui | Non |
| 5. Impression de mobilité dentaire                            | Oui | Non |
| 6. Mauvaise haleine   | Oui | Non |
| 7. Gencives qui saignent                                      | Oui | Non |
| 8. Infection des gencives                                     | Oui | Non |
| 9. aimeriez vous améliorer quelque chose dans votre sourire ? | Oui | Non |
| 10. Peur du traitement dentaire                               | Oui | Non |
| 11. Avez-vous des réflexes nauséux ?                          | Oui | Non |
| 12. Date de votre dernière visite : .....                     |     |     |
| 13. Motif de la consultation (votre problème actuel) :.....   |     |     |
| 14. Avez-vous déjà suivi un traitement d'orthodontie ?        | Oui | Non |

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

Coordonnées du médecin traitant : .....

**Avez-vous eu ?**

- |                                    |     |     |
|------------------------------------|-----|-----|
| 1. Maladie des reins ou vessie     | Oui | Non |
| 2. Maladie du foie                 | Oui | Non |
| 3. Hépatite ou jaunisse            | Oui | Non |
| 4. Trouble cardiaque               | Oui | Non |
| 5. Tension artérielle              | Oui | Non |
| 6. Difficulté au cœur              | Oui | Non |
| 7. Souffle au cœur                 | Oui | Non |
| 8. Chevilles qui enflent           | Oui | Non |
| 9. Saignement fréquent du nez      | Oui | Non |
| 10. Fièvre rhumatismale            | Oui | Non |
| 11. Maux de tête fréquents         | Oui | Non |
| 12. Troubles de l'estomac ; ulcère | Oui | Non |

13. Tuberculose	Oui	Non
14. Asthme	Oui	Non
15. Diabète	Oui	Non
16. Un parent du diabète	Oui	Non
17. Problème thyroïdien	Oui	Non
18. Anémie	Oui	Non
19. Problème sanguin	Oui	Non
20. Problème articulaire	Oui	Non
21. Hématomes inexpliqués	Oui	Non
22. Mauvaise réaction à l'anesthésie	Oui	Non
23. Blessures à la face ou aux mâchoires	Oui	Non
24. Radiothérapie tête et cou	Oui	Non
25. Crise d'épilepsie	Oui	Non
26. Traitement psychiatrique	Oui	Non
27. Impression d'angoisse	Oui	Non
28. Cancer ou tumeur	Oui	Non
29. Etes-vous séropositif	Oui	Non
30. Prothèse de hanche	Oui	Non

**Etes-vous ?**

1. Allergique à un médicament	Oui	Non
-si oui préciser : .....		
2. Sous traitement médical	Oui	Non
-si oui préciser : .....		
3. Traité par un médicament actuellement	Oui	Non
-si oui lequel : .....		
4. Avez-vous pris de la cortisone dans les 12 derniers mois	Oui	Non
5. Saignez-vous facilement	Oui	Non
6. Avez-vous perdu ou gagné du poids	Oui	Non
7. Fumez-vous	Oui	Non
-si oui combien par jour : .....		
8. Buvez-vous de l'alcool	Oui	Non
-si oui combien par jour : .....		
9. Enumérez les opérations ou maladies graves que vous eu ces 2 dernières années :		
.....		

**Femmes uniquement :**

1. Etes-vous enceinte ?	Oui	Non
2. Avez-vous atteint la ménopause ?	Oui	Non
3. Moyens contraceptifs utilisés		