

*Drs Michel Campione et Elisa Borella*

*Docteur en chirurgie dentaire*

---

Nom: ..... N° de Tél. (dom) : ..... (Port) : .....  
Prénom..... 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. Qu'aimeriez-vous améliorer dans votre sourire ?.....    |         |
| 10. Peur du traitement dentaire                            | Oui Non |
| 11 :Date de votre dernière visite : .....                  |         |
| 12 Motif de la consultation (votre problème actuel) :..... |         |
| 13 :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. Trouble cardiaque              | Oui Non |
| 4. Tension artérielle             | Oui Non |
| 5. Souffle au cœur                | Oui Non |
| 6. Saignement fréquent du nez     | Oui Non |
| 7. Fièvre rhumatismale            | Oui Non |
| 8. Maux de tête fréquents         | Oui Non |
| 9. Troubles de l'estomac ; ulcère | Oui Non |
| 10. Asthme                        | Oui Non |

- |  |         |
|--|---------|
| 11. Diabète                              | Oui Non |
| 12. Problème thyroïdien                  | Oui Non |
| 13. Problème sanguin                     | Oui Non |
| 14. Problème articulaire                 | Oui Non |
| 15. Hématomes inexpliqués                | Oui Non |
| 16. Mauvaise réaction à l'anesthésie     | Oui Non |
| 17. Blessures à la face ou aux mâchoires | Oui Non |
| 18. Radiothérapie tête et cou            | Oui Non |
| 19. Crise d'épilepsie                    | Oui Non |
| 20. Traitement psychiatrique             | Oui Non |
| 21. Impression d'angoisse                | Oui Non |
| 22. Cancer ou tumeur                     | Oui Non |
| 23. Etes-vous séropositif                | Oui Non |
| 24. 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. Avez-vous pris de la cortisone dans les 12 derniers mois                        | Oui Non |
| 4. Saignez-vous facilement   | Oui Non |
| 5. Fumez-vous  | Oui Non |
| -si oui combien par jour : .....   |         |
| 6. Buvez-vous de l'alcool  | Oui Non |
| -si oui combien par jour : .....   |         |
| 7. Enumérez les opérations ou maladies graves que vous eu ces 2 dernières années : |         |
| .....  |         |

**Femmes uniquement :**

- |                         |         |
|-------------------------|---------|
| 1. Etes-vous enceinte ? | Oui Non |
|-------------------------|---------|

*Date :      Signature :*

---

689, avenue de Cannes, 06210 Mandelieu  
Tel : 0493495544 Fax : 0492971667