

QUESTIONNAIRE DENTAIRE



Patient: _____

Age: _____

RAISON DE LA VISITE ET ANTÉCÉDENTS

1. Qu'est-ce qu'on peut faire pour vous? _____
2. À quand remonte votre dernière visite chez le dentiste pour un examen vraiment complet, précis et minutieux? _____
3. Vous souvenez-vous du nom de votre ancien dentiste? _____
4. À votre dernier examen, y avait-il certains travaux à faire qui n'avaient pas été complétés ou des choses qui étaient laissées comme étant "à surveiller"? _____
5. À quelle fréquence avez-vous l'habitude d'avoir vos suivis dentaires? _____
6. Est-ce qu'on peut vous demander s'il y a une raison particulière pourquoi vous changez de dentiste? _____
7. Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre niveau de crainte ou d'anxiété face à la dentisterie? _____
8. Y a-t-il quelque chose en particulier qui vous inquiète ou vous incommode chez le dentiste? _____

LES DENTS

9. Avez-vous des dents qui sont sensibles: _____
 Au chaud Au froid Au sucré
 Aux acides À la pression À la mastication
10. Est-ce que des aliments restent coincés entre les dents ou est-ce que la soie dentaire déchire ou accroche à certains endroits? (ENCERCLEZ)
Si vous avez encerclé un item ou plusieurs, expliquez: _____
11. Avez-vous des plombages qui sont tombés ou ont craqués? (ENCERCLEZ)
Si vous avez encerclé un item ou plusieurs, expliquez: _____

GENCIVE ET OS

12. Est-ce que votre gencive saigne (même un peu) ? au brossage? À la soie? (ENCERCLEZ) _____
13. À quelle fréquence en moyenne brossez-vous vos dents et passez la soie dentaire?
Brossage _____ Soie _____ Rince-bouche _____ Adjuvants _____
14. À votre connaissance, y a-t-il un membre de votre famille qui a déjà eu une maladie de gencive? OUI NON _____

15. Etes-vous toujours confiant de votre haleine ou y a-t-il à l'occasion un mauvais goût en bouche? OUI NON _____

FONCTIONS ET MASTICATION

16. Vous empêchez-vous de mastiquer certains aliments durs? OUI NON
Si oui, expliquez: _____

17. Avez-vous l'impression de serrer des dents, de grincer ou la sensation que ça ne ferme pas égal? Si vous avez encerclé un item ou plusieurs, expliquez: _____

18. Vos dents sont-elles usées, craquelées ou transparentes? (ENCERCLEZ)
Si vous avez encerclé un item ou plusieurs, expliquez: _____

19. Est-ce que votre mâchoire bloque, craque ou fait du bruit lorsque vous mastiquez ou baillez?
Si vous avez encerclé un item ou plusieurs, expliquez: _____

20. Est-ce que vos dents ou votre mâchoire sont sensibles au réveil le matin?(ENCERCLEZ)
Si vous avez encerclé un item ou plusieurs, expliquez: _____

ESTHÉTIQUE

21. Avez-vous eu un traitement d'orthodontie (broches) et quels sont/ont été les rétentions?
Si oui, expliquez: _____

22. Etes-vous satisfait de l'apparence de vos dents au niveau esthétique ou il y a quelque chose que vous aimeriez améliorer? OUI NON Si non, expliquez: _____

23. Est-ce que vos dents ont déjà été blanchies? _____ Quand? _____ De quelle façon? _____

24. Êtes-vous satisfait du résultat? OUI NON Si non, expliquez: _____

AUTRE

25. Y a-t-il quelque chose d'autre dont vous aimeriez discuter? OUI NON
Si oui, expliquez: _____

