



## Etat dentaire et parodontal

1. Êtes-vous gêné(e) pour mastiquer / manger ? Oui Non
2. Êtes-vous gêné(e) esthétiquement ? Oui Non
3. Avez-vous des douleurs au niveau de la gencive ? Oui Non
4. Vos dents sont-elles sensibles au froid ? Oui Non
5. Vos gencives saignent-elles au brossage ou spontanément ? Oui Non
6. Avez-vous perdu certaines de vos dents ? *si oui pour quelles raisons* Oui Non  
.....
7. Avez-vous l'impression vos dents se sont déplacées (descendues, écartées) Oui Non
8. Vos dents bougent-elles ? Oui Non
9. Avez-vous l'impression d'avoir mauvaise haleine ? Oui Non
10. Avez l'impression de bouche sèche ? Oui Non
11. Grincez-vous des dents la nuit et/ou le jour ? Oui Non
12. Avez-vous des douleurs ou craquements de la mâchoire ? Oui Non
13. Avez-vous l'habitude de tenir entre vos dents des objets tels que crayons, ongles, etc. Oui Non
14. Êtes-vous sujet aux abcès ? Oui Non
15. Y-a-t-il des problèmes de déchaussement de dents ou pertes de dents précoces dans votre entourage familial ? Oui Non
16. Avez-vous bénéficié d'un traitement orthodontique (appareil dentaire, bagues...) Oui Non
17. Quel type de brosse à dents utilisez-vous ? Manuelle / électrique souple / medium / dure
18. Utilisez-vous : fils dentaire cure-dent brossettes inter-dentaires
19. Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ? 1 fois  2 fois  3 fois  plus
20. Autres informations susceptibles d'intéresser le praticien ?  
.....  
.....  
.....

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces renseignements. En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :

**Merci de déposer au secrétariat ce questionnaire une fois rempli**