

Hygiène, habitudes de vie et antécédents parafunctionnels : cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez.

Nombre de brossage des dents par jour : 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; + de 3

Brosse à dents : Manuelle Electrique

Parodontie :

Avez-vous les dents qui bougent ? Oui Non ; Avez-vous une sensation de « mauvaise haleine » ? Oui Non ;

Avez-vous des saignements au brossage ? Oui Non ; Y a-t-il es cas de déchaussement dans votre famille ? Oui Non ;

Habitudes de vie :

Consommation journalière de (Précisez les quantités consommées par jour) :

Thés : _____ ; Cafés : _____ ; Boissons alcoolisées : _____ ; Sucreries, bonbons : _____ ; Sodas : _____

Tabac ? Oui Non Si oui, depuis combien de temps ? _____ Combien de cigarettes/jour ? _____

Antécédent de succion de doigts ou d'une tétine : Oui Non Jusque quel âge ? _____

Succion des lèvres, joues, langue (tétouillage ?) _____

Onychophagie (ongles rongés) ? Oui Non

Sports pratiqués : _____ Niveau : _____ Fréquence : _____

Instruments de musique : _____ Niveau : _____ Fréquence : _____

Esthétique :

Hésitez-vous à sourire ? Oui Non ; Si oui pourquoi : _____

Trouvez-vous la couleur de vos dents : Trop claire Normale Trop foncée ou trop jaune

Avez-vous déjà fait un éclaircissement dentaire ? Oui Non ; Souhaitez-vous éclaircir vos dents ? Oui Non

Avez-vous une préoccupation esthétique spécifique ? _____

Sommeil et Apnée du Sommeil :

Dormez vous bien la nuit ? _____

Réveils nocturnes fréquents Fatigue au réveil Ronflements Oreiller mouillé au réveil Autre : _____

Grincez-vous des dents la nuit (Bruxisme) ? Oui Non ; Etes-vous fatigué la journée ? Oui Non

Ronflez-vous en dormant ? Oui Non ; Songez-vous à régler le problème avec le port d'une orthèse ? Oui Non

Avez-vous déjà fait diagnostiquer votre risque d'apnée du sommeil ? Oui Non ; Si oui, quel est-il ? _____

Dans le cadre de mon traitement, j'autorise le Dr Marie DOCO à prendre des photographies, à les transmettre aux prothésistes de son choix et à les utiliser de manière anonyme dans des articles ou publications médicales ou scientifiques qui pourront être publiées sur le média de son choix.

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement ainsi que de mettre à jour vos informations administratives en cas de changements.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements portés sur ce questionnaire médical.

PATIENT

Lu et Approuvé

Date et Signature

EXAMEN CLINIQUE

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Exo-buccal : _____

Endo-buccal : _____

HBD : correcte à améliorer incompatible avec l'ODF

Parodonte / freins / langue : _____

Couloir aéro-pharyngé : _____

Soins en bouche : _____

Occlusion statique	Transversal	Vertical	Sagittal
Incisives			
Canines			
Molaires			

Occlusion dynamique : Proglissement Latérodéviation

ATM : Claquement Craquement Autre _____