

QUESTIONNAIRE DENTAIRE



Nom du patient : _____ Date : _____

1. Qu'est-ce qui vous amène à la clinique? _____ Oui Non
2. Avez-vous des dents sensibles au froid, au chaud, au sucre, aux acides ou à la mastication? Oui Non
3. Y-a-t-il des aliments qui restent coincés entre vos dents? Oui Non
4. Est-ce que vos gencives saignent, même si c'est légèrement, au brossage ou à la soie dentaire? Oui Non
5. Avez-vous déjà été traité par un parodontiste ou reçu un diagnostic de parodontie (maladie de gencives)? Oui Non
6. Est-ce qu'un membre de votre famille a eu des problèmes de maladie de gencive? (père, mère, sœur, etc.) Oui Non
7. Avez-vous remarqué un problème au niveau de votre haleine? Oui Non
8. Vous privez-vous de manger certains aliments fermes? Lesquels? _____ Oui Non
9. Mangez-vous seulement d'un côté? Oui Non
10. Croyez-vous serrer ou grincer des dents? Oui Non
11. Est-ce que votre mâchoire craque, fait du bruit (crépitement) ou a déjà bloqué? Sensible au réveil? Oui Non
12. Ronflez-vous ou êtes-vous dérangé par des ronflements? Oui Non
13. Pratiquez-vous des sports qui nécessiteraient une protection accrue des dents? Oui Non
14. Êtes-vous satisfait de la couleur de vos dents? Oui Non
15. Avez-vous déjà fait faire un blanchiment? Si oui, lequel? _____ Oui Non
16. Êtes-vous satisfait de la forme et de la position de vos dents? Oui Non
17. Est-ce que c'est important pour vous de conserver vos dents? Oui Non
18. À quand remonte la confection de vos prothèses dentaires? _____ Oui Non
19. Sur une échelle de 1 à 10, êtes-vous craintif face aux traitements dentaires? Mauvaises expériences? ___/10 Oui Non
20. Est-ce qu'il y a des aspects que vous aimiez moins chez votre autre dentiste? _____ Oui Non
21. Sur une échelle de 1 à 10, dont 10 serait la santé optimale, à combien évaluez-vous votre santé dentaire? ___/10
22. Sur une échelle de 1 à 10, dont 10 serait la santé optimale, qu'aimeriez-vous atteindre comme santé dentaire? ___/10
23. Qui vous a référé à notre clinique? : _____ lien : _____

Est-ce qu'il y a une raison ci-dessous qui vous empêche de venir régulièrement chez le dentiste?

- Peur de la douleur? ___ Oui ___ Non
- Manque d'intérêt? ___ Oui ___ Non
- Coût des traitements? ___ Oui ___ Non
- Non disponibilité à cause du travail? ___ Oui ___ Non
- Autres, spécifiez _____

Merci de votre collaboration !