

Dr Romain DEHAINE
Chirurgien-dentiste
C.E.S de Parodontologie Paris V
DU d'implantologie et d'Esthétique Evry
Attaché CHRU Lille Service Parodontologie
Certifié INVISALIGN
www.dentiste-cambrai-beffroi.fr

8, rue du beffroi
59 400 CAMBRAI
03 27 72 36 93

NOM : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Profession : Portable :
Médecin traitant : Téléphone :
Date du dernier examen bucco dentaire: Date du dernier examen médical :
Prenez-vous actuellement des médicaments ? Lesquels ?
Depuis quand ? Pourquoi ?
Comment avez-vous eu l'adresse du cabinet ?
Adresse e-mail :

- Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre sourire ?

Entourez : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-Quels changements feriez-vous pour améliorer votre sourire ?

Dents alignées Dents plus blanches Remplacer des dents cassées/manquantes

- Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique (alignement dentaire) dans le passé ?

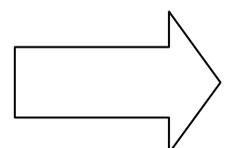
oui non

- Souhaiteriez-vous suivre un traitement pour améliorer votre sourire ?

oui non

- Quand aimeriez-vous débiter un traitement pour améliorer votre sourire ?

Immédiatement 1 à 3 mois 3 à 6 mois 6 à 12 mois



	OUI	NON
Avez- vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIAQUES (souffle, malformation, infarctus...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VASCULAIRES (Hypertension, artérite..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATIQUES (hépatite, jaunisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES à des médicaments, des métaux, d'autres produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesquels ?		
DIGESTIFS (brulures d'estomac, ulcère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NERVEUX (perte de connaissance, dépression, crise nerveuses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RENAUX (insuffisance, urémie, hémodialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLANDULAIRES (thyroïde, surrénale, hypophyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGUINS (purpura, hémophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignez-vous beaucoup après une coupure ou piqûre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRRADIATIONS (traitement par rayons X ou Cobalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISME ou ARTHRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPLICATION DE CICATRISATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une autre affection à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laquelle ?		
Avez-vous déjà bénéficié d'une anesthésie générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà bénéficié d'une anesthésie locale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une complication à une anesthésie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de cigarettes par jour ?		
Avez-vous suivi(e) un traitement BI-PHOSPHONATE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :

Signature :