

# QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DENTAIRE

Nom et Prénom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Vous êtes adressé par \_\_\_\_\_  
Comment qualifieriez-vous l'état de votre bouche ?  Excellent  Bon  Correct  Mauvais  
Dentiste précédent : depuis combien de temps étiez vous son patient ? \_\_\_\_\_  
Date du dernier examen dentaire \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Date des dernières radiographies \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Date du dernier soin dentaire (autre qu'un nettoyage) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Vous consultez votre dentiste tous les :  3 mois  4 mois  6 mois  12 mois  pas régulièrement

Quel est le motif de votre consultation ? \_\_\_\_\_

OUI NON

## HISTOIRE PERSONNELLE



1. Avez-vous peur des traitements dentaires ? Si oui, cotez votre peur entre 1 (la moindre) et 10 (la pire) \_\_\_\_\_
2. Avez-vous déjà eu une expérience dentaire défavorable suite à un traitement dentaire ? \_\_\_\_\_
3. Avez-vous déjà eu des complications suite à un traitement dentaire ? \_\_\_\_\_
4. Avez-vous déjà eu des problèmes lors ou à la suite d'anesthésies locales ? \_\_\_\_\_
5. Avez-vous déjà reçu un traitement d'orthodontie ou un ajustage de l'occlusion ? \_\_\_\_\_
6. Vous a-t-on déjà extrait des dents ? \_\_\_\_\_

## STRUCTURES PARODONTALES (OS ET GENCIVES)



7. Vos gencives saignent-elles ou sont-elles douloureuses lorsque vous les brossez ? \_\_\_\_\_
8. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez perdu de l'os autour des dents (maladie de gencive)? \_\_\_\_\_
9. Avez-vous déjà eu un mauvais goût ou une mauvaise odeur dans la bouche ? \_\_\_\_\_
10. Avez-vous des parents qui souffrent d'un déchaussement dentaire ? \_\_\_\_\_
12. Avez-vous des dents mobiles (hors cas d'accident) ou avez-vous des difficultés à mordre dans une pomme? \_\_\_\_\_
13. Avez-vous déjà eu des sensations de brûlures dans la bouche ? \_\_\_\_\_

## STRUCTURES DENTAIRES



14. Avez-vous eu des caries durant les 3 dernières années ? \_\_\_\_\_
15. Avez-vous la sensation de manquer de salive ou avez-vous des difficultés à avaler vos aliments ? \_\_\_\_\_
16. Avez-vous remarqué des trous à la surface de vos dents ? \_\_\_\_\_
17. Vos dents sont-elles sensibles au chaud, au froid, à la pression ou évitez-vous de broser certaines parties de votre bouche ? \_\_\_\_\_
18. Avez-vous des creux ou des encoches sur vos dents à proximité de la gencive ? \_\_\_\_\_
19. Avez-vous de la nourriture qui se coince entre vos dents ? \_\_\_\_\_

## OCCLUSION ET ARTICULATION DES MACHOIRES



20. Avez-vous (eu) des problèmes avec l'articulation de votre mâchoire ? (douleurs, bruit, limitation de l'ouverture buccale, blocage)
21. Lorsque vous serrez les dents, avez-vous l'impression que votre mâchoire est poussée vers l'arrière ? \_\_\_\_\_
22. Avez-vous des difficultés à mâcher du chewing-gum, à manger des carottes, du pain dur ? \_\_\_\_\_
23. Vos dents ont-elles changé depuis les 5 dernières années, sont-elles devenues plus courtes, plus fines ou plus usées ? \_\_\_\_\_
24. Vos dents ont-elles tendance à se chevaucher ? \_\_\_\_\_
25. Vos dents ont-elles tendance à s'espacer avec le temps ? \_\_\_\_\_
26. Avez-vous des difficultés à positionner vos dents les unes contre les autres (besoin de presser ou décaler la mâchoire)? \_\_\_\_\_
27. Placez-vous votre langue entre vos dents ou contre vos dents pour déglutir \_\_\_\_\_
28. Vous rongez-vous les ongles ou utilisez-vous vos dents pour tenir des objets ou avez-vous des tics oraux? \_\_\_\_\_
29. Serrez-vous ou grincez-vous des dents pendant la journée ? \_\_\_\_\_
30. Avez-vous des problèmes de sommeil ou vous réveillez-vous en ressentant vos dents ? \_\_\_\_\_
31. Portez-vous ou avez-vous déjà porté une gouttière occlusale ? \_\_\_\_\_

## CARACTERISTIQUES DU SOURIRE



32. Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez changer dans l'apparence de vos dents ? \_\_\_\_\_
33. Avez-vous déjà eu un blanchiment dentaire ? \_\_\_\_\_
34. Etes-vous mal à l'aise ou conscient de l'apparence de vos dents ? \_\_\_\_\_
35. Etes-vous mécontent ou déçu de l'aspect de certains de vos travaux dentaires ? \_\_\_\_\_