



Avez vous déjà eu une réaction particulière à la suite d'un traitement?	oui	non
Faites vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique	oui	non

ETAT DENTAIRE

Date de la dernière consultation

Avez vous déjà réalisé un cliché radiographique de toutes vos dents?	oui	non
--	-----	-----

Avez vous déjà eu une réaction après une anesthésie locale?	oui	non
---	-----	-----

Combien de fois par jour vous brossez vous les dents?	1fois	2fois	3fois
---	-------	-------	-------

Vous arrive t-il de serrer vos dents le jour?	oui	non
---	-----	-----

Vous arrive t-il de grincer des dents la nuit?	oui	non
--	-----	-----

AUTRES ELEMENTS A SIGNALER NE FAISANT PAS PARTIE DE CETTE LISTE

LE PATIENT SIGNALERA SPONTANEMENT TOUT CHANGEMENT INTERVENU DANS SES TRAITEMENTS OU SON ETAT DE SANTE

DATE

SIGNATURE:(précédée de la mention "lu et approuvé")