



Dr. Sophie **HUET-MOURANI**

Chirurgien dentiste

Diplômée de la Faculté de Marseille

Centre médical Medisud - 2^e étage
147 Route de l'Anse Vata, Nouméa

Tél. 24 90 08

dr.huetsophie@yahoo.com



Dr Emeline Le Moing

Chirurgien dentiste

Sur rendez-vous
Du lundi au vendredi
de 7 h 30 à 19 h 30
Samedi de 7 h 30 à 12 h 30

Centre Médical Médisud - 2^e Etage
147 Route de l'Anse Vata - NOUMÉA
Tél. 248 246 • dr.lemoing.e@gmail.com

Mme Melle Mr Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Tél. : Mobilis :

Email :

Cafat n° :

Mutuelle Complémentaire :

Profession:

Comment avez-vous connu le cabinet :

Quel est le motif de votre consultation :

SUIVI MEDICAL

Nom de votre Médecin traitant :

A quand remonte votre dernière consultation dentaire :

Merci de cocher chacune des maladies ou chacun des problèmes suivants que vous avez pu avoir par le passé ou que vous avez actuellement :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs | <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Prothèses (autres que dentaires) |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme Articulaires Aigu (RAA) |
| <input type="checkbox"/> Sinusites répétées | <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Séropositivité |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles des reins | <input type="checkbox"/> Syncopes, vertige |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Problèmes nerveux | <input type="checkbox"/> Problème circulatoires |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A, B ou C | | <input type="checkbox"/> Troubles des reins |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | | <input type="checkbox"/> Autres maladies : |

Avez-vous déjà eu un saignement anormal au cours d'une intervention ou d'un accident?

Oui Non

Avez-vous subi un traitement par radiations ?

Oui Non

Prenez-vous des médicaments en ce moment ?

Oui Non

• Si oui, lesquels :

Êtes-vous allergique à certains produits ou médicaments ?

Oui Non

• Si oui, lesquels :

Êtes-vous fumeur ?

Oui Non

• Si oui, nombre de cigarettes /jour :

Madame, Mademoiselle, êtes-vous enceinte ?

Oui Non

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez vous rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles ?

Gencives

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

Oui Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?

Oui Non

Dents

Avez-vous des dents extraites ?

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : Caries Infection Déchaussement Dent incluse

Avez-vous des dents sensibles :

Oui Non

Au chaud au froid au sucre aux acides à la mastication ?

Mâchoires

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ?

Oui Non

Avez-vous remarqué des craquements ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ?

Oui Non

Avez-vous des difficultés à mâcher ?

Oui Non

Hygiène Dentaire

Utilisez-vous une brosse à dent Dure Moyenne Souple Electrique

Dentisterie Esthétique

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?

Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

Orthodontie

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ?

Oui Non

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

A Nouméa, le

SIGNATURE :

Merci de votre collaboration !