CENTRE ABEL CAUMARTIN

Service d'Odontologie

1ERE CONSULTATION PARO

Date : ..... / ..... / ..... Stagiaire : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

Age : ..... Sexe : F - M

PRESENTATION RAPIDE DU CAS CLINIQUE :

➲ Motif de consultation : .....

.....

➲ Etat général : .....

.....

☐ Stress ☐ O.R.L.

➲ Antécédents familiaux : .....

Antécédents personnels : .....☐ GUN

➲ Examen buccal :

dentaire : ..... ☐ Sensibilité à la carie

parodontal : .....

☐ Pertes d'attaches ☐ Poches parodontales ☐ Récessions parodontales

PROPOSITIONS :

➲ Examens complémentaires : ☐ Biologiques ☐ Radio : .....
☐ Microscopie .....
☐ Bactériologiques

➲ ☐ Bilan parodontal complet, devis le : ..... ☐ Status

➲ Acte ponctuel : ☐ Technique de Keyes : ..... séances
☐ Détartrage : ..... séances
☐ Surfaçage : ..... séances
☐ Technique de brossage : ..... séances ☐ Devis pour .....séances

➲ Prescriptions : ☐ Médicamenteuses ☐ Hygiène

Photos : .....

➲ Lettres : ☐ Médecin ☐ Chirurgien dentiste ☐ Spécialiste
....

RENDEZ-VOUS :

➲ Date du status : .....

➲ Date avec autres disciplines :

DISCIPLINE	PRATICIEN	DATE
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

➲ Série de rendez-vous planifiés avec le Praticien : Nom du Praticien : .....

Date bilan Paro : .....

Autres séances : ....

....

....

....

➲ ☐ Remise de dossier :

Signature du Praticien :

QUESTIONNAIRE DENTAIRE ET PARODONTAL

	OUI	NON	NE SAIS PAS
Y a t-il des problèmes de gencive dans votre famille ?	☐	☐	☐
Avez-vous des dents sensibles ? Si oui, au froid - chaud - Sucre - à la mastication	☐	☐	
Vos gencives sont-elles douloureuses ? Si oui, où : ..... quand : ..... depuis quand :	☐	☐	
Saignez-vous des gencives ? Si oui, où : ..... quand : ..... depuis quand :	☐	☐	
Avez-vous déjà eu des abcès gingivaux ? Si oui, où : ..... quand : ..... depuis quand :	☐	☐	
Vous a t-on déjà extrait des dents ? Si oui, pour quelles raisons : caries déchaussement dents de sagesse	☐	☐	☐
Avez-vous parfois mauvaise haleine ?	☐	☐	☐
Certaines de vos dents sont-elles mobiles ? Si oui, où : ..... quand : ..... depuis quand :	☐	☐	☐
Vous a t-on déjà soigné les gencives ? Si oui, détartrage antibiotique lequel : ..... chirurgie médicament lequel :	☐	☐	
Avez-vous porté un appareil d'orthodontie ? Si oui, à quel âge :	☐	☐	☐
Entendez-vous des claquements ou craquements lorsque vous ouvrez la bouche ? Si oui, quand : ..... depuis quand :	☐	☐	
Souffrez-vous de migraines ? Si oui, quand : ..... depuis quand :	☐	☐	
Vous arrive t-il de grincer ou de serrer les dents ?	☐	☐	☐
Fumez-vous ? Combien de cigarettes :	☐	☐	

(barrer la mention inutile)