

## Questionnaire dentaire



Nom: \_\_\_\_\_

Aimez-vous l'apparence de vos dents? Oui  Non

Vous arrive-t-il de porter la main devant votre bouche lorsque vous souriez? Oui  Non

Aimeriez-vous avoir les dents plus blanches? Oui  Non

Pourquoi venez-vous consulter aujourd'hui? \_\_\_\_\_

Avez-vous perdu des dents autres que des dents de sagesse? Oui  Non

Si oui, il y a combien de temps? \_\_\_\_\_

Avez-vous une prothèse ou un partiel? Oui  Non

Si oui, depuis quand l'avez-vous en bouche? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu de mauvaises expériences chez le dentiste? Oui  Non

Êtes-vous craintif face aux traitements dentaires? Oui  Non

Si oui, pourquoi : \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de mauvaise haleine? Oui  Non

Est-ce qu'il y a un endroit précis en bouche où les aliments restent pris? Oui  Non

Est-ce que vous serrez des dents? Oui  Non

Si oui, jour \_\_\_\_\_ nuit \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de mâchoire? Oui  Non

Si oui, craquement \_\_\_\_\_ douleur \_\_\_\_\_

difficulté à ouvrir \_\_\_\_\_

Utilisez-vous la soie dentaire? Oui  Non

À quelle fréquence? \_\_\_\_\_

Est-ce qu'on vous a déjà démontré la technique de la soie dentaire? Oui  Non

Brossez-vous vos dents à tous les jours? Oui  Non

Combien de fois par jour? \_\_\_\_\_

Est-ce qu'on vous a déjà montré la bonne technique de brossage? Oui  Non