



# QUESTIONNAIRE PARODONTAL

Nom : ..... Prénom : .....  
 Dentiste traitant : ..... Tél : .....  
 Date de la dernière consultation : ..... Dernier détartrage : .....



## SYMPTÔMES ACTUELS

Avez-vous ou avez-vous eu :

	Oui	Non		Oui	Non
Douleur ou gêne au niveau des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Récession gingivale (gencives qui reculent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements des gencives au brossage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilité dentaire (dents qui bougent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements spontanés (en dehors du brossage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migration dentaire (dents qui se sont déplacées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gencives rouges, gonflées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halitose (mauvaise haleine persistante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épisode(s) d'abcès au niveau des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tassement alimentaire (aliments qui se coincent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilité au chaud, froid ou sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gêne esthétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ANTÉCÉDENTS DENTAIRES & FAMILIAUX

	Oui	Non		Oui	Non
Déjà reçu un traitement parodontal (surfaçage, chirurgie, greffe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déjà consulté un parodontologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un traitement orthodontique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portez-vous une prothèse (mobile ou fixe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu certaines de vos dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux de problèmes de gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez perdu des dents, quelle en est la cause ? .....



## HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Combien de brossages par jour ?  1  2  3 ou + | Type de brosse à dents ?  Manuelle  Électrique  
 Dureté des poils ?  Souple  Médium  Dure  Ne sais pas  
 Type de dentifrice ?  Du commerce  Spécifique (parodontal, sensibilité, blanchissant...) : .....  
 Utilisez-vous, en plus du brossage :  Fil dentaire  Brossettes interdentaires  Bâtonnets  Bain de bouche



## HABITUDES & FACTEURS DE RISQUE

Tabac ?  Non  Oui : ..... cig/jour depuis ..... ans  Ancien fumeur  
 Diabète ?  Non  Oui, type 1  Oui, type 2  Diabète équilibré : Oui / Non  
 Niveau de stress ressenti ?  Faible  Modéré  Élevé  
 Bruxisme nocturne (grincement / serrement la nuit) ?  Oui  Non  Ne sais pas  
 Serrement diurne (la journée) ?  Oui  Non  
 Habitude de mordiller / tenir des objets entre les dents (crayon, ongles...) ?  Oui  Non



## AUTO-ÉVALUATION

De 1 (mauvais) à 10 (parfait), comment évaluez-vous votre état dentaire et gingival ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VOS PRIORITÉS

Quelles sont vos priorités pour le traitement ? .....  
 Autres éléments à signaler à votre praticien : .....

Date : .....

Signature : .....

