



RÉÉVALUATION PARODONTALE

Quelques questions pour faire le point depuis votre dernière visite

Nom : Date du jour : Date du dernier rdv :



ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES

Depuis le dernier rdv...

Mieux Stable Moins bien Non concerné

	Saignements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Douleur ou gêne gingivale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensibilité au chaud / froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tassement alimentaire entre les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mobilité des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Récession (gencives qui reculent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aspect des gencives (rouges, gonflées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ÉVÉNEMENTS DEPUIS LE DERNIER RDV

Avez-vous eu :

- Oui Non
- Oui Non
- Oui Non
- Oui Non



VOTRE HYGIÈNE QUOTIDIENNE

Brossage 2 fois par jour ? Oui Plus ou moins Non

Brossettes interdentaires comme recommandé ? Oui Plus ou moins Non

Avez-vous rencontré des difficultés (matériel inadapté, gencive douloureuse, oublis...) ? Oui Non

Si oui, précisez :



CHANGEMENTS DEPUIS LE DERNIER RDV

Nouveau médicament ou modification de traitement ? Oui Non

Si oui, précisez :

Tabac ? Sans changement Augmenté Diminué Arrêté

Niveau de stress actuel ? Faible Modéré Élevé



VOTRE RESSENTI GLOBAL

Globalement, depuis votre dernier rendez-vous, votre bouche va :

Mieux Pareil Moins bien



Questions ou points à aborder aujourd'hui :

.....
.....

Date :

Signature :

