

Date : Heure :

Patient

Nom : Prénom : Date de naissance :
Commune : Coordonnées de contact (*rapide*) :
Suivi au cabinet : oui non
A consulté un praticien récemment : oui, *préciser (quand, où ?)* non

Gonflement oui non

Localisation :
(*Quel côté ? A l'intérieur de la bouche ? Est-ce que le gonflement se voit extérieurement ? Jusqu'où s'étend-il ?*)
Fièvre associée : oui non
Autre problème de santé ? oui, *préciser :* non

Hémorragie oui non

Intervention récente : oui, *préciser (quoi, quand, où ?)* non
Prise de médicaments favorisant le saignement : oui, *préciser :* non
Autre problème de santé ? oui, *préciser :* non

Traumatisme oui non

Quand ? *préciser :*
Urgence médicale : perte de connaissance confusion maux de tête nausées ou vomissements
 perte d'équilibre troubles de la vision plaie ouverte visage ou crâne
 écoulement de sang par nez ou oreilles déformation faciale
 autre *ne concernant pas les dents* *préciser :*

Un médecin a-t-il été consulté ? oui non

Dents concernées *préciser :*

Les dents sont-elles ? manquantes déplacées cassées autre *préciser :*
Les dents/fragments dentaires ont-ils été retrouvés ? oui non
Si oui, conservation *préciser :*

Douleur oui non

Permanente Intermittente Intensité (1 à 10) : Depuis quand ? :
A quel endroit ? (*secteur 1 à 4*) :

Prise d'antalgiques : oui non
Si oui, *préciser (Lequel ? Combien ?)* :
Soulagement de la douleur : oui non

Douleur permanente : facteurs aggravants
 aucun froid chaud mastication pression autre, *préciser :*

Douleur intermittente : facteurs déclenchants
 aucun froid chaud mastication pression autre, *préciser :*

Autre problème

Perte d'un élément prothétique oui non
Depuis quand ? :

Autre, *préciser :*