

## Vérification pour la prise des antécédents médicaux et dentaires

(Guide pour la prise des antécédents médicaux et dentaires )

L'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario (OHDO) reconnaît qu'un bon nombre d'excellents formulaires sont actuellement utilisés pour la prise des antécédents médicaux et dentaires dans les divers milieux de pratique de l'hygiène dentaire. Ces formulaires médicaux recueillent les données essentielles qui influenceront sur la prestation des soins d'hygiène dentaire. Au cours de la phase d'évaluation du processus de soins d'hygiène dentaire, l'hygiéniste dentaire détermine l'état de santé du client, les risques, la gravité de la maladie, les contre-indications aux soins, la nécessité d'une consultation médicale et les mesures pour prévenir une urgence médicale. Les hygiénistes dentaires reconnaissent que l'état de santé du client exerce une grande influence sur la prestation des soins d'hygiène dentaire comme les conditions de la cavité buccale peuvent le faire sur la santé générale du client. Donc, les antécédents médicaux et dentaires doivent être revus et mis à jour au début de chaque rendez-vous de soins d'hygiène dentaire. Conformément à la législation, l'hygiéniste dentaire doit respecter la confidentialité de l'information et ne la recueillir ou ne l'utiliser qu'aux fins indiquées.

Afin d'obtenir un historique intégral, l'hygiéniste dentaire recueille, analyse et enregistre de façon systématique les données essentielles en observant directement le client, en remplissant un questionnaire écrit de ses antécédents médicaux et dentaires ainsi qu'en engageant une discussion avec lui. Cette discussion approfondie entre le client et la praticienne fait fond sur l'information obtenue du questionnaire médical écrit et constitue une étape intégrante pour obtenir des renseignements complets et exacts du client.

**L'information ci-jointe est offerte à titre de modèle (guide) seulement.** Les hygiénistes dentaires peuvent consulter ce modèle lorsqu'elles révisent leurs formulaires médicaux ou lorsqu'elles en conçoivent un pour une utilisation particulière. Ce modèle ne vise pas à être exhaustif ni à être la norme à laquelle tous les autres formulaires doivent être comparés. De plus, certaines questions sont peut-être inutiles dans certains milieux ou certaines circonstances. Sa mise en page délibérément flexible a été créée afin que les membres autorisés puissent concevoir un formulaire adapté aux besoins particuliers de leurs milieux de pratique.

Lorsque l'on crée un formulaire que les clients doivent remplir eux-mêmes, il est important d'ajouter un énoncé au début du formulaire qui explique la raison pour laquelle l'information est recueillie.

## Renseignements personnels

- Nom, adresse, numéros de téléphone, sexe, état matrimonial, date
- Date de naissance
- Taille et poids
- Occupation
- Parent/tuteur si le client est un mineur
- Nom du dentiste, son adresse et son numéro de téléphone
- Nom du médecin, son adresse et son numéro de téléphone
- Personne à joindre et numéro de téléphone en cas d'urgence
- Source de renvoi

## Antécédents médicaux

### Général

- Raison pour demander des soins d'hygiène dentaire en ce moment
- Êtes-vous en bonne santé?
- Votre santé générale a-t-elle changé depuis un an?
- Êtes-vous traité par un médecin?
- Date de votre dernier examen physique
- Avez-vous été hospitalisé, souffert d'une maladie grave ou subi une opération?
- Avez-vous pris ou perdu plus de 10 livres depuis un an?
- Combien de radiographies médicales et dentaires avez-vous passées au cours des cinq dernières années?
- Avez-vous déjà eu des complications à la suite d'un traitement dentaire?
- Diriez-vous que votre alimentation est adéquate et équilibrée?
- Portez-vous des lentilles de contact?
- Fumez-vous?  Oui  Non Si oui, combien de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_ Nombre d'années? \_\_\_\_\_
- Souhaitez-vous participer à un programme d'abandon du tabac?
- Consommez-vous de l'alcool? \_\_\_\_\_ Si oui, combien de verres par jour \_\_\_\_\_/par semaine \_\_\_\_\_

## Médicaments et allergies

- Prenez-vous des médicaments prescrits, en vente libre ou des remèdes à base de plantes? Énumérez-les \_\_\_\_\_ (veuillez noter la dose et la fréquence)
- Prenez-vous des drogues à usage récréatif? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà pris des anorexigènes?  Oui  Non
- Quel type et quand \_\_\_\_\_
- Êtes-vous allergique à tout médicament, aliment, médicament, métal ou latex? \_\_\_\_\_
- Avez-vous souffert d'urticaires?  Oui  Non
- Avez-vous eu une réaction inhabituelle ou une allergie à la pénicilline, à l'aspirine, aux sulfamides, à la codéine, à la cortisone (stéroïdes), aux anesthésiques locaux ou topiques, aux barbituriques (somnifères), aux tranquillisants ou à tout autre médicament, aliment ou au latex dentaire?  Oui  Non
- Souffrez-vous de toxicomanie ou d'alcoolisme?  Oui  Non \_\_\_\_\_

## **Systeme cardiovasculaire**

- Maladie du cœur, insuffisance cardiaque, crise cardiaque et douleur thoracique
- Angine de poitrine, stimulateur cardiaque, valvules cardiaques artificielles
- Antécédents d'endocardite infectieuse
- Cardiopathie congénitale, chevilles enflées
- Essoufflement, opération cardiaque ou de pontage
- Hypertension ou hypotension artérielle
- Utilisez-vous plus d'un oreiller pour dormir?

## **Affections sanguines**

- Accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale), anémie
- Saignement prolongé ou trouble de sang, leucémie
- Hémophilie, forme facilement des ecchymoses, guérison lente
- Problèmes immunodéficients, VIH, SIDA, lupus, drépanocytose
- Avez-vous déjà eu une transfusion sanguine?

## **Appareil respiratoire**

- Maladie pulmonaire, rhume ou toux persistante
- Tuberculose, emphysème
- Bronchite, pneumonie, asthme ou rhume des foins
- Essoufflement, problèmes de sinus

## **Systeme gastro-intestinal et systeme digestif**

- Ulcères gastriques ou reflux gastrique, hépatite (A, B ou C, autre)
- Jaunisse, maladie du foie
- Avez-vous déjà vomi du sang?
- Diarrhée

## **Appareil génito-urinaire**

- Maladie ou trouble du rein, syphilis, gonorrhée
- Maladies ou infections transmises sexuellement, herpès

## **Os et articulations**

- Arthrite, articulations enflées, rhumatismes inflammatoires
- Articulations artificielles (hanche, genou ou articulation), ostéoporose

### Troubles neurologiques ou psychologiques

- Évanouissements, crises, maux de tête fréquents
- Épuisement fréquent, épilepsie
- Paralyse, maladie d'Alzheimer
- Sclérose en plaques et troubles de démyélinisation, maladie de Parkinson, dépression clinique, anxiété ou traitement psychiatrique

### Système endocrinien

- Diabète contrôlé et non contrôlé, si Oui. Type I (insulino-dépendant) Type II
- Besoin fréquent d'uriner, soif
- Troubles thyroïdiens : hypothyroïdie, hyperthyroïdie, hypoglycémie

### Déficiences sensorielles et physiques

- Maladie oculaire, glaucome, cécité
- Troubles de l'ouïe, modifications du goût
- Paralyse cérébrale, immunosuppression
- Traitement du cancer
- Avez-vous déjà eu un traitement à la cortisone?
- Avez-vous déjà eu un traitement pour une tumeur ou une croissance tumorale?
- Avez-vous déjà reçu une radiothérapie ou une chimiothérapie pour le cancer ou la leucémie?
- Avez-vous déjà subi une greffe d'organe?
- Avez-vous eu une affection ou une maladie autre que celles mentionnées plus haut?

### Femmes / Grossesse / Ménopause

- Êtes-vous enceinte?
- Allaitiez-vous?
- Prenez-vous des contraceptifs?
- Suivez-vous une hormonothérapie?

### Antécédents dentaires

- Date de la dernière visite dentaire et d'hygiène dentaire \_\_\_\_\_
- Quelles conditions dentaires vous préoccupent à l'heure actuelle? \_\_\_\_\_
- Quels soins avez-vous reçus lors de votre dernière visite dentaire? \_\_\_\_\_
- Quelle est la fréquence de vos soins dentaires ou d'hygiène dentaire? \_\_\_\_\_
- Avez-vous besoin de soins buccodentaires complets ou d'un traitement d'urgence? \_\_\_\_\_
- Êtes-vous suivi par un spécialiste dentaire? (c.-à-d. orthodontiste, endodontiste, prothésodontiste, parodontiste)
- Avez-vous déjà subi un examen approfondi de la bouche, y compris une série complète de radiographies (16-20 films) de vos mâchoires et de vos dents?  Oui  Non Quand? \_\_\_\_\_

- Avez-vous passé des radiographies (dentaires) au cours des deux dernières années?  
 Oui \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_  Non \_\_\_\_\_
- Avez-vous reçu de la radiothérapie pour la tête et le cou?
- Avez-vous eu des problèmes dentaires au cours de la dernière année avec vos dents, vos gencives, vos mâchoires ou en mâchant?  Oui  Non
- Afin que nous soyons sensibilisés à vos besoins, veuillez nous faire part de toute mauvaise expérience que vous avez eue en recevant des soins buccodentaires. \_\_\_\_\_

*Avez-vous ou avez-vous eu une des conditions suivantes?*

- Dents sensibles (chaud ou froid), feux sauvages
- Saignement des gencives (en brossant), gencives sensibles
- Dent branlante, sécheresse de la bouche
- Récession, mauvaise haleine
- Inflammation, problèmes de sinus
- Mâchoire douloureuse, la mâchoire craque ou fait un bruit sec en ouvrant et fermant la bouche
- Ulcères buccaux, difficulté à mâcher
- Difficulté à avaler, sensation de brûlure
- Accumulation de calcul (tartre), mal de dents
- Obturation fracturée ou brisée, abcès
- Jaunissement ou décoloration des dents
- Grincement des dents – tout accident, toute opération ou blessure au visage, à la mâchoire ou aux dents

*Avez-vous subi l'une des conditions ou procédures suivantes?*

- Détartrage et polissage des racines (nettoyage), extractions dentaires
- Implants dentaires, traitements de canal
- Chirurgie gingivale ou maxillaire, appareils orthodontiques
- Douleur aiguë à la tête, au cou ou à la mâchoire
- Saignement prolongé à la suite d'un traitement dentaire
- Autre \_\_\_\_\_

*Condition buccodentaire actuelle*

- Brossez-vous vos dents? Fréquence \_\_\_\_\_
- Utilisez-vous la soie dentaire? Fréquence \_\_\_\_\_
- Quels accessoires de soins buccodentaires utilisez-vous à domicile? \_\_\_\_\_
- Désirez-vous garder vos dents naturelles?  Oui  Non
- Avez-vous des prothèses complètes ou partielles, prothèses fixes ou des implants?
- Nettoyez-vous vos appareils dentaires? \_\_\_\_\_
- Respirez-vous par la bouche?  Oui  Non
- Utilisez-vous un côté de la bouche plus que l'autre?  Oui  Non

**Toutes les réponses affirmatives requièrent une entrevue approfondie et les documents à l'appui.**

*Il est recommandé d'ajouter une partie pour le consentement qui se conforme à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et à la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS), et de la faire dater et signer par le client.*

## **Mise à jour des antécédents médicaux et dentaires**

*Vous pouvez utiliser les questions suivantes pour la prise des antécédents médicaux et dentaires.*

1. Vos antécédents médicaux et dentaires ont-ils changé depuis votre dernière visite?
2. Prenez-vous des médicaments? Prenez-vous de nouveaux médicaments?
3. Êtes-vous allergique à toute drogue ou à tout aliment, métal ou latex?
4. Êtes-vous suivi par un médecin pour toute condition, y compris une grossesse?
5. Avez-vous eu une maladie du cœur ou des problèmes cardiaques, une endocardite infectieuse, une arthroplastie de la hanche, du genou ou d'une articulation?
6. Avez-vous été hospitalisé depuis votre dernière visite?
7. Quel autre changement s'est-il produit concernant votre santé ou votre santé dentaire depuis votre dernière visite?

*Il est recommandé d'ajouter une partie pour le consentement qui se conforme à la LPRPDE et à la LPRPS, et de la faire dater et signer par le client.*

### **Références :**

Darby, M and Walsh, M: *Dental Hygiene Theory and Practice*, 2nd Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2003

Daniel, S. J. and Harfst, S. A.: *Mosby's Dental Hygiene Concepts, Cases and Competencies*, Mosby, St. Louis, 2002

Wilkins, E.: *Clinical Practice of the Dental Hygienist*, 9th Edition, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2004

Février 2008

