



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour le bon déroulement de votre traitement, nous avons besoin de connaître vos antécédents médicaux. Nous vous serions gré de bien vouloir remplir ce questionnaire avec le plus d'exactitude possible, la nature des renseignements qui vous sont demandés étant très importante pour votre traitement en orthodontie donto-faciale. Les informations que vous voudrez bien nous communiquer resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical.

Renseignements concernant l'ASSURE SOCIAL

(Si le patient a moins de 18 ans, indiquez le nom des parents ou du représentant légal de l'enfant)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Adresse mail :

N° Sécurité sociale :

Caisse d'affiliation :

Cotisez-vous à une Caisse Complémentaire (Mutuelle) ? OUI NON

Si OUI, laquelle :

Renseignements concernant le PATIENT

Nom (s'il diffère de celui du responsable légal) : Prénom : Date de naissance : / /

Nom du Dentiste traitant :

Le patient a-t-il déjà eu un traitement orthodontique auparavant ? OUI NON

Si oui, merci de préciser : le nombre de semestres utilisés, les dates et nous apporter, si possible, vos anciens moulages, vos Radios et votre dossier lors de votre prochain rendez-vous.

.....

● Suce-t-il son pouce ou ses doigts ? OUI NON

● Respire-t-il par la bouche (par exemple en dormant) ? OUI NON

● Présente-t-il une affection ORL reconnue ? OUI NON

● A-t-il subi l'ablation des végétations ? des amygdales ? OUI NON

● Souffre-t-il de réactions allergiques (rhume des foins, asthme, urticaire,...) OUI NON

Si oui, merci de cocher et/ou préciser :

Latex Alimentaire

Anesthésiant local Autre

Pénicilline

● A-t-il subi dans son enfance un traumatisme facial ?
(chute sur la bouche, perte d'une dent) OUI NON

Si OUI, à quel âge

● Souffre-t-il de craquements ou de douleurs articulaires au niveau des mâchoires OUI NON

A-t-il des problèmes de santé ?

● Risque viral ? (hépatites A-B-C-Herpès) OUI NON

● Nerveux ? (perte de connaissance ? Vertiges) OUI NON

● Sanguin ? OUI NON

● Diabète ? OUI NON

● Cardiaques ? OUI NON

● Le patient prend il des médicaments ? OUI NON

● Si oui, lesquels et pourquoi ?
.....
.....

Date et signature du Représentant légal :