

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

## ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom & prénom .....

Sexe  F  M

Date de naissance .....

Téléphone portable ..... Téléphone fixe .....

Adresse mail .....

Adresse postale .....

N° de sécurité sociale .....

Caisse de rattachement .....

Bénéficiez-vous de la C2S  oui  non

(si oui, veuillez nous fournir une attestation de droit à jour lors de votre rendez-vous)

## RENSEIGNEMENTS UTILES

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Dentiste  patient  médecin  enseignant  frère ou sœur déjà patient  autre

Motif de consultation .....

Nom du dentiste traitant .....

Nom du médecin traitant .....

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Taille ..... Poids .....

Avez vous des problèmes de santé ?  oui  non

Si oui, veuillez préciser .....

Suivez vous un traitement médical ?  oui  non

Si oui, veuillez indiquer pour quelles raisons ? .....

Prenez vous des médicaments ?  oui  non

Si oui, lesquels ? .....

Avez vous des allergies ?  oui  non

Si oui, veuillez préciser .....

Avez vous déjà été traité par radiothérapie ?  oui  non

Si vous êtes une femme, êtes vous enceinte ?  oui  non

Fumez vous ?  oui  non Si oui, nombre de cigarettes par jour .....

Avez vous eu l'un des problèmes suivants :  oui  non

Si oui, merci de préciser :

Maladie du sang  maladie du foie  hépatite B ou C  pathologie cardio-vasculaire  maladie de l'estomac  maladie de l'intestin  maladie des reins  épilepsie  RAA  Diabète  Troubles hormonaux  Maladie des poumons  Asthme  Cancer  Trouble ORL  Déficit immunitaire (HIV)  Hypertension  Hypotension  Herpès  Troubles posturaux  Autres .....

Avez vous déjà eu une anesthésie locale ?  oui  non

Si oui, cela a-t-il provoqué une réaction anormale ?  oui  non

Si oui, laquelle ? .....

Avez vous des douleurs des muscles de la face ? Des craquements, une limitation d'ouverture de la mâchoire ? Précisez .....

Avez vous des problèmes de gencives ? Des saignements ? Des douleurs ?  oui  non

Grincez vous des dents ?  oui  non

Autres informations médicales à évoquer ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? .....

## VOTRE SOURIRE

Avez vous déjà eu un traitement d'orthodontie ?  oui  non

Si oui, à quel âge ? ..... Quel type d'appareil ? .....

Quel bénéfice attendez-vous du traitement ?  
.....

Avez vous d'autres problèmes dentaires à évoquer ?  oui  non

Si oui lesquels ? .....

A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? .....

J'atteste l'exactitude de ces renseignements.

Je signalerai toute modification de mon état de santé et des prescriptions médicales.

Fait à ..... Nom et prénom .....

Le ..... Signature



**DR.  
PETITPREZ**  
Orthodontiste