

QUESTIONNAIRE MEDICAL

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom & prénom de l'enfant

Sexe F M

Date de naissance

Nom & prénom du parent Téléphone portable

Nom & prénom du parent Téléphone portable

Nom & prénom du représentant légal (assuré)

Téléphone fixe Adresse mail

Adresse postale

N° de sécurité sociale Caisse de rattachement

Le patient est-il placé en famille d'accueil ou en foyer oui non

Le patient bénéficie -t-il 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

Quels bénéfices attendez-vous du traitement ?

A-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? oui non

Si oui, quel type d'appareil ?

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom du dentiste Nom du médecin

Taille Poids

Pour les filles : règles ? oui non Si oui, âge des premières règles ?

A-t-il des problèmes de santé ? oui non Si oui, préciser

Prend t-il des médicaments ? oui non Si oui lesquels ?

A-t-il des allergies ? oui non Si oui, préciser

Présente-t-il régulièrement des infections, rhumes, otites, angines... ? oui non

A-t-il déjà été opéré des amygdales ? oui non Des végétations ? oui non

A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ? oui non

Si oui, préciser

Le patient souffre-t-il d'un handicap ? oui non Si oui, préciser

Présente-t-il des troubles de posture ou de croissance ? oui non

Porte-t-il des semelles orthopédiques ? oui non

HISTORIQUE FONCTIONNEL

Votre enfant suce-t-il son pouce ou un autre doigt ? oui non

Suce-t-il un objet (tétine, doudou, mouchoir drap) ? oui non

Ronge-t-il ses ongles ? oui non Tête-t-il sa langue ? oui non

A-t-il du mal à respirer par le nez ? oui non A-t-il un sommeil agité ? oui non

A-t-il une difficulté au réveil ou une somnolence la journée ? oui non

Dort-il la bouche ouverte ? oui non Ronfle-t-il ? oui non

A-t-il la sensation de la bouche sèche au réveil ? oui non

Boit-il la nuit ? oui non Transpire-t-il en dormant ? oui non

Se découvre t-il la nuit ? oui non

Grince t-il des dents la nuit ? oui non

A t-il déjà eu un traitement d'orthophonie ? oui non Si oui, à quel âge ?

HISTORIQUE DENTAIRE

A-t-il déjà eu un traumatisme cranio-facial ? (Traumatisme crânien, dents cassées...) oui non

Si oui, quand ?

Ses mâchoires se bloquent-elles ? oui non Est-il sujet aux caries ? oui non

Saigne-t-il des gencives en se brossant les dents ? oui non

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ? matin midi soir pas tous les jours

A quand remonte sa dernière visite chez le dentiste ?

Lors de cette visite, a-t-il rencontré des difficultés particulières ?

Pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?

J'atteste l'exactitude de ces renseignements.

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

Fait à Nom et prénom

Le Signature



**DR.
PETITPREZ**
Orthodontiste