



# QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire avec précision.

## Ce questionnaire est strictement confidentiel

### FICHE INFORMATION DU PATIENT

NOM et Prénom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe F  M

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Si le patient est mineur :

Chez qui vit l'enfant : \_\_\_\_\_

Qui assure l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N° S.S : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N° S.S : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Un historique approfondi et complet est indispensable à une évaluation orthodontique correcte. Merci de répondre par aux questions suivantes.

Nom et coordonnées du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Le patient suit il un traitement ? Non  Si oui, pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_

Le patient prend il des médicaments ? Non  Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé ? Non  Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

La patiente est elle enceinte ? Oui  Nombre de mois : \_\_\_\_\_ Non

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui, cochez et précisez)

→ Pathologie chronique ou affection de longue durée

→ Maladie héréditaire/ congénitale

→ Trouble de la croissance

→ Maladie osseuse

→ Troubles posturaux

→ Troubles ostéo-articulaires

→ Troubles neurologiques

→ Pathologie cardio-vasculaire

→ Pathologie rénale

→ Troubles de la coagulation

→ Anémie

→ Troubles hormonaux (thyroïdien, ou autres)

→ Troubles alimentaires

→ Diabète

→ Pathologie pulmonaire (asthme)

→ Maladie du système immunitaire

→ Maladie virale (Herpes, VIH, Hépatite C)

Autre pathologie dont nous devrions être informés ? \_\_\_\_\_



Le patient est-il allergique ? Oui  Non

- Médicaments
- Latex
- Métaux
- Pollen
- Autre

Le patient est-il sujet à des problèmes ORL ?

- Ronflements nocturnes
- Apnées du sommeil
- Difficultés respiratoire
- Autres : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il été opéré des :

Amygdales  Végétations

## QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Nom et coordonnées du dentiste traitant : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il subi :

Un traumatisme : facial  dentaire

Le patient souffre-t-il de :

- Saignements des gencives
- Sensibilités dentaires
- Claquement articulaire des mâchoires ou douleurs
- Douleurs des muscles de la face, ou autour des oreilles
- Grincement des dents

Ces informations concernent-elles le patient ?

- Eruption dentaire très précoce ou tardive ?
- Extractions de dents de lait ?  De dents permanentes ?
- Prothèse dentaire ?
- Dents ébréchées ou fracturées ?
- Traitement fluoré ?  Si oui, lequel ?(gouttes, comprimés...)\_\_\_\_\_
- Succion du pouce, sucette, doudou ?  Jusqu'à quel âge ? \_\_\_\_\_
- Ronge-t-il ses ongles (onychophagie) ?
- Conscience de dents trop en avant/ arrière/ serrées/ espacées/ « tordues » ?

Concernant le traitement d'orthodontie

**Quel est le motif de consultation ?** \_\_\_\_\_

→ Quelqu'un de la famille a-t-il déjà eu besoin d'un traitement orthodontique ?

Si oui, qui et pour quel motif ? \_\_\_\_\_

→ Le patient a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ?

Si oui, combien de semestres ? \_\_\_\_\_

Type d'appareil : Amovible (palais)  Fixe (bagues)

Des dents ont-elles été extraites à la demande de l'orthodontiste ?

→ Le patient pratique-t-il un sport régulier ? Oui  lequel ? \_\_\_\_\_ Non

→ Le patient joue-t-il d'un instrument à vent? Oui  lequel? \_\_\_\_\_ Non

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Dentiste  Ami  Famille  Ecole

Internet  Annuaire  Autre : \_\_\_\_\_

NOUS ATTIRONS VOTRE ATTENTION SUR L'IMPORTANCE DE NOUS INFORMER DE TOUT NOUVEAU PROBLEME MEDICAL SURVENANT AU COURS DU TRAITEMENT.

Date :

Signature du patient, ou du responsable légal si patient mineur :

