

Questionnaire administratif et médical

Informations générales :

Nom et Prénom du patient :

Date de naissance :

Age :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Domicile:

Travail:

Portable:

Adresse email :

Profession :

N° SS :

Caisse régime général :

Mutuelle complémentaire :

Médecin et Dentiste traitants :

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Commune :

Dentiste traitant :

Nom :

Prénom :

Commune :

Personne qui vous a adressé au cabinet d'orthodontie :

Pour quel motif consultez-vous ?

Avez-vous eu un traitement d'orthodontie auparavant ?

Oui

Non

Si OUI: à quel âge?

Pendant combien de temps?

Où (Nom, Prénom, Ville de l'orthodontiste) ?

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : (à remplir avec l'orthodontiste)

Allergies ?

Oui

Non

Si oui , précisez :

Prenez-vous des médicaments de manière régulière ?

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

Traumatisme facial ?

Oui

Non

Si OUI: à quel âge?

Quels types (Chute, coup sur les dents...) :

Avez-vous déjà consulté, ou êtes-vous suivi(e) par ?

un ostéopathe

un kinésithérapeute

un ORL

un orthophoniste

Si oui, précisez pour quelle raison

Avez-vous déjà été opéré(e) ?

Amygdales

Végétations

Autre, précisez :

Questionnaire administratif et médical

Etes-vous sujet(te) aux :

Angines

Rhumes

Autre, précisez:

Otites

Nez bouché

Vous plaignez-vous ?

du dos

des dents

de la tête

Autres, précisez :

Avez-vous sucé ?

Le pouce

La sucette

Jusqu'à quel âge ?

Vos doigts

Autre :

Rongez-vous vos ongles ?

Pas du tout

Beaucoup

Un peu

Etes-vous de nature anxieuse ?

Pas du tout

Beaucoup

Un peu

Avez-vous un sommeil ?

Léger

Difficile (cauchemards)

Apnée du sommeil

Combien d'heures par nuit dormez-vous ?

Lourd

Ronflements

Grincement des dents pendant la nuit

Respirez-vous le plus souvent ?

Par la bouche

Par le nez

Avez-vous les lèvres gercées ?

Pas du tout

Beaucoup

Un peu

Avez-vous d'autres affections à signaler ?

Asthme

Hépatite

Autre, précisez :

Epilepsie

HIV

A _____, le _____ 20____

Signature du patient

Signature du Docteur