

# CABINET D'ORTHODONTIE

Emmanuelle MARCHETTA-CHABRAND

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste Qualifiée en Orthopédie –Dento-Faciale

C.E.C.S.M.O

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire, qui facilitera la constitution de votre dossier médical, et de nous le renvoyer par mail ou de le ramener lors de votre rendez-vous. Les informations que vous voudrez bien nous communiquer resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical.

## QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Nom et prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Tél domicile : \_\_\_\_\_

Tél portable : \_\_\_\_\_

Profession - facultatif : \_\_\_\_\_

### Votre Caisse

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

- Nom de la Caisse d'Assurance Maladie \_\_\_\_\_
- C.M.U (attestation à présenter avec la carte vitale à jour)
- Tiers payant part obligatoire / ACS (attestation à présenter avec la carte vitale à jour)

### Comment avez-vous connu notre cabinet ?

- par mon chirurgien-dentiste     par mon médecin traitant     par mon ostéopathe
- par mon kinésithérapeute     par internet     par des relations :

## HISTORIQUE DENTAIRE

- Nom de votre Dentiste Traitant: \_\_\_\_\_
- Date de votre dernière visite chez son Dentiste \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu des soins de caries ?                      Oui                       Non
- Avez-vous eu des dents dévitalisées ?                      Oui                       Non
- Avez-vous subi un traumatisme facial ou dentaire ?                      Oui                       Non
- Avez-vous eu des saignements des gencives?                      Oui                       Non
- Avez-vous eu des explications de brossage?                      Oui                       Non
- Avez-vous des dents extraites?                      Oui                       Non
- Avez-vous des implants ?                      Oui                       Non
- Avez-vous des couronnes ?                      Oui                       Non
- Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique ?                      Oui                       Non
- Si oui : A quel âge ? \_\_\_\_\_ Nom et localité d'Orthodontiste: \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

### ANTECEDENTS ORL

- Rhinopharyngites à répétition Oui  Non
- Angines à répétition Oui  Non

Nom et localité de votre médecin O.R.L : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS BRONCHO-PULMONAIRES

- Vivez-vous dans un environnement de fumeur ? Oui  Non
- Bronchites Oui  Non
- Asthme Oui  Non

Nom et localité de votre médecin pneumologue : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS ALLERGIQUES

- Allergie :  aliments :  pollens  métaux : lesquels :  acariens  latex  autres
- Allergie médicamenteuse :  aspirine  anti-inflammatoire  paracétamol (doliprane)  anesthésique local
- Traitement effectué :  antihistaminique  immunothérapie  désensibilisation  aucun

Nom et localité de votre médecin allergologue : \_\_\_\_\_

### RESPIRATION

- Respirez-vous par la bouche ? au repos : Oui  Non  la nuit : Oui  Non
- Ronflements : Oui  Non

### ANTECEDENTS ORTHOPHONIQUES

- Avez-vous été suivi par une Orthophoniste ? Oui  Non
- Si oui, pour quel(s) trouble(s) ?
- Date des soins

Nom et localité de votre orthophoniste : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS DE PROBLEMES DE POSTURE Oui Non

Nom et localité de votre ostéopathe : \_\_\_\_\_

Nom et localité de votre kinésithérapeute : \_\_\_\_\_

Nom et localité de votre podologue : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS VIRAUX :

- Herpès labial Oui  Non
- Hépatite Oui  Non
- H.I.V. Oui  Non

### AUTRES PROBLEMES MEDICAUX :

- Epilepsie  Diabète  Rhumatismes
- Désordres hormonaux  Problèmes nerveux/psychiatriques  Crise de tétanie
- Anémie  Troubles sanguins  Autres maladies
- Maladies cardiaques

### TRAITEMENTS MEDICAUX :

- Etes-vous actuellement sous traitement médicamenteux ? Oui  Non  Si oui, lequel ?
- Avez-vous été récemment exposé(e) aux rayons X ? Oui  Non
- Prenez-vous un traitement pour fluidifier le sang ? Oui  Non
- Etes-vous traité(e) contre l'ostéoporose ? Oui  Non
- Etes-vous ou avez-vous-été traité(e) par biphosphonates ? Oui  Non

Etes-vous enceinte ?

Avez-vous d'autres informations à porter à notre connaissance ?

\_\_\_\_\_

Nous vous remercions pour votre coopération.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de mon état de santé ou des prescriptions médicales je m'engage à en informer mon orthodontiste.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature