

CABINET D'ORTHODONTIE

Emmanuelle MARCHETTA-CHABRAND

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste Qualifiée en Orthopédie –Dento-Faciale

C.E.C.S.M.O

Chers parents,

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

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Nom et prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Tel portable :

Nom et adresse de l'**assuré(e) social(e)** :

Nom et adresse de l'**autre parent** (si différente):

Adresse mail : _____

Adresse mail : _____

Tél domicile : _____

Tél domicile : _____

Tél portable : _____

Tél portable : _____

Profession - facultatif : _____

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 son Dentiste Traitant: _____

Date de sa dernière visite chez son Dentiste _____

Votre enfant a-t-il eu des explications de brossage ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà eu des soins de caries ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des dents dévitalisées ? Oui Non

Votre enfant a-t-il subi un traumatisme facial ou dentaire ? Oui Non

Votre enfant a-t-il utilisé une sucette ? Oui Non Si oui, jusqu'à quel âge ? _____

Votre enfant a-t-il sucé son pouce ? Oui Non Si oui, jusqu'à quel âge ? _____

Votre enfant a-t-il déjà suivi un traitement orthodontique ? Oui Non

Si oui : Nom et localité de son Orthodontiste: _____

Nombre de semestres utilisés: _____

QUESTIONNAIRE MEDICAL

ANTECEDENTS ORL

- Rhinopharyngites à répétition Oui Non
- Angines à répétition Oui Non
- Otites Oui Non
- Interventions chirurgicales : Amygdales - date : Végétations - date :
 Diabolos - date : Cloison nasale – date :

Nom et localité de son médecin O.R.L : _____

ANTECEDENTS BRONCHO-PULMONAIRES

- L'enfant vit-il dans un environnement de fumeur ? Oui Non
- Bronchites Oui Non
- Asthme Oui Non

Nom et localité de son 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 son médecin allergologue : _____

RESPIRATION

- Votre enfant respire-t-il par la bouche ? au repos : Oui Non la nuit : Oui Non
- Ronflements : Oui Non
- Ses lèvres sont souvent sèches ou gercées : Oui Non

ANTECEDENTS ORTHOPHONIQUES

- Votre enfant est-t-il suivi par une Orthophoniste ? Oui Non
- Si oui, pour quel(s) trouble(s) ?
- Date des soins

Nom et localité de son orthophoniste : _____

ANTECEDENTS DE PROBLEMES DE POSTURE

- Scoliose Oui Non
- Cyphose Oui Non
- Lordose Oui Non
- Semelles orthopédiques Oui Non

Nom et localité de son ostéopathe : _____

Nom et localité de son kinésithérapeute : _____

Nom et localité de son podologue : _____

ANTECEDENTS VIRAUX :

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

AUTRES PROBLEMES MEDICAUX ET TRAITEMENT EVENTUEL:

- Epilepsie Maladies cardiaques Troubles sanguins
- Désordres hormonaux Diabète Trouble de la croissance
- Autres maladies

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

Nous vous remercions pour votre coopération.

Je soussigné(e) _____, représentant légal de _____, atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de l'état de santé de mon enfant et/ou des prescriptions médicales de mon enfant je m'engage à en informer son orthodontiste.

Fait à _____ le _____

Signature des parents ou du tuteur légal