

CABINET D'ORTHODONTIE

Dr Emmanuelle MARCHETTA-CHABRAND

Dr Léonore BOUSSIQUET

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