

CABINET D'ORTHODONTIE

Dr Emmanuelle MARCHETTA-CHABRAND

Dr Léonore BOUSSIQUET

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 :

Date de naissance :

Sexe :

Tel portable :

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

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

Adresse mail : _____

Tél domicile : _____

Tél portable : _____

Profession - facultatif : _____

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 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