

ORTHODONTIE – DOCTEUR J. TOULEMONDE

QUESTIONNAIRE MEDICAL ORTHO

Les informations que vous nous communiquez resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical.

Renseignements concernant LE PATIENT

Nom

Prénom

Adresse :

Mail Tel :

Date de naissance Age

Nom du Médecin traitant

Nom du Dentiste-traitant

Nom, prénom et profession des responsables légaux(si enfant mineur) :

.....

Le patient a-t-il déjà eu un traitement orthodontique auparavant ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le nombre de semestres utilisés, les dates et de nous rapporter votre dossier de transfert

Quel est le motif de la consultation ?

Un contrôle ? OUI NON

Un souci esthétique ? OUI NON

Un souci fonctionnel ? OUI NON

Une douleur ? OUI NON

Autre motif

Adressé(e) par :

Le patient suit-il actuellement un traitement prescrit par un médecin ? OUI NON

Si oui, pourquoi (médicament prescrit, maladie, posologie) :

Le patient a-t-il déjà eu un traumatisme cranio-facial ?

(traumatisme crânien, dents cassées....) OUI NON

Nature du traumatisme et des lésions occasionnées.....
(Merci d'apporter vos radios).

Prise en charge des soins par le Docteur

Le patient a-t-il déjà eu des problèmes O R L ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser la nature des pathologies

.....

A-t-il été opéré des amygdales (amygdalectomie) ? Oui Non

Des végétations (adénoïdectomie) ? Oui Non

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé et opéré ? Oui Non

Si oui : Date

Nature de l'intervention.....

Existe-t-il des troubles de posture ou de croissance ? (scoliose, cyphose dorsale....)

Oui Non

Merci de préciser SVP

Existe-t-il des habitudes déformantes (succion, position bouche ouverte, tétée de la langue, onychophagie...) ? Oui Non

Merci de préciser SVP

Le patient souffre-t-il d'un handicap ? Oui Non

Merci de préciser SVP

Le patient est-il allergique ? Oui Non Ne sait pas

Si oui, merci de cocher et/ou préciser :

Latex Anesthésiant local Pénicilline Alimentaire

Autres

Quels sont les antécédents médicaux et familiaux du patient ?

Diabète Oui Non Maladie de la glande thyroïde Oui Non

Asthme Oui Non Maladie des reins Oui Non

Maux de tête/Maux d'oreilles Oui Non

Tuberculose – Maladie des poumon Oui Non

Maladies nerveuses Oui Non Cancer Oui Non

Maladies cardio-vasculaires (Angor, Infarctus, souffle, trouble du rythme) Oui Non

Déficit immunitaire (HIV) Oui Non

Jaunisse – Hépatite Oui Non Maladie de l'estomac ou de l'intestin Oui Non

Epilepsie Oui Non

Maladies du sang Oui Non Spasmophilie Oui Non

Maladies de la peau Oui Non Dépression Oui Non

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

(exemple : grossesse...)?

Avez-vous eu des radiographies dentaires au cours des 6 derniers mois par un Dentiste ou un Stomatologue ?

Oui (Dans l'affirmative, merci de bien vouloir nous apporter vos clichés). Non

Je certifie l'exactitude des renseignements reportés sur ce questionnaire et m'engage à signaler au praticien tout élément d'information nouveau ou important ne figurant pas sur la présente fiche.

Fait à , le/...../20.....

Signature :