

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Chers Patients,

Pour le bon déroulement de votre traitement, nous avons besoin de connaître vos antécédents médicaux. Nous vous saurions gré de bien vouloir le remplir avec le plus d'exactitude possible, la nature des renseignements qui vous sont demandés étant très importante pour votre traitement en orthopédie-dento-faciale.

Les informations que vous voudrez bien nous communiquer resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical.

Renseignements concernant LE PATIENT

Nom : Prénom : Age :

Date de naissance :

Profession du patient et/ou des deux parents :

Nom et adresse du médecin traitant :

Mail du médecin traitant :

Nom et adresse du dentiste-traitant :

Extrêmement important mail du dentiste traitant :

- **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 nous apporter, si possible, vos anciens moulages, vos radios et votre dossier lors de votre prochain rendez-vous.

- **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

Pour quelle 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).

S'agissait-il d'un accident : scolaire de la circulation dans les deux cas, merci de préciser la Compagnie d'Assurance en charge du dossier N° :

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 :

Soins dispensés par le Docteur

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

Docteur Richard BOUCHEZ

Docteur en Chirurgie Dentaire - Spécialiste qualifié en Orthopédie
Dento-Faciale - C.E.C.S. Mention
Orthodontie - C.E.S. d'Anatomie Générale et Organogénèse et
C.E.S. d'Orthopédie Dento-Faciale

59-4-75013-5

▪ **Des végétations (adénoïdectomie) ?** Oui Non

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

Si oui : Date Nature de l'intervention Etablissement hospitalier ou Dr...
.....
.....

▪ **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 (suction, position bouche ouverte, tétée de la langue, onychophagie...)** ?

Oui Non

Merci de préciser SVP

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

Léger Mineur Majeur

Merci de préciser SVP

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

Si oui, merci de cocher et/ou préciser :

Latex Alimentaire :

Anesthésiant local Autre

Pénicilline Autre

▪ **Quels sont les antécédents médicaux et familiaux du patient ?**

Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladie de la glande thyroïde	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maladies des reins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maux de tête/Maux d'oreilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tuberculose – Maladie des poumons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies nerveuses	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Cancer	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies cardio-vasculaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Déficit immunitaire (HIV)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(Angor, Infarctus, souffle, trouble du rythme...)		Jaunisse – Hépatite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladie de l'estomac ou de l'intestin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies du sang	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spasmophilie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Maladies de la peau	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Dépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

▪ **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 ?

Dans l'affirmative, merci de bien vouloir nous apporter vos clichés.

Oui

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 :