

Questionnaire Administratif

Nous allons envisager ensemble l'opportunité d'un traitement orthodontique, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire avec beaucoup d'attention et de précision

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Scolarité Classe _____ Profession _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Nom et prénom de la mère _____ tel _____

Nom et prénom du père _____ tel _____

Numero de portable du patient _____

Représentant légal (Assuré) **mère** **père**

Situation de Famille Parents séparés **oui** **non**

Autorité parentale **père** **mère** **conjointe**

Caisse de sécurité sociale **CPAM** **MGEN** **RSI** **CMU/CSS** **AUTRE :** _____

Lieu **MURET** **TOULOUSE** **AUTRE :** _____

Email (ne servira qu'à des échanges d'ordre médical) _____

Médecin traitant : Nom _____ Prénom _____ Ville _____

Dentiste traitant : Nom _____ Prénom _____ Ville _____

Motif de votre consultation :

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Espace entre les dents |
| <input type="checkbox"/> | Encombrement dentaire |
| <input type="checkbox"/> | Dents du haut qui recouvrent trop les dents du bas |
| <input type="checkbox"/> | Dents du bas en avant des dents du haut |
| <input type="checkbox"/> | Dents du haut trop en avant |
| <input type="checkbox"/> | Dents de devant qui ne se touchent pas |
| <input type="checkbox"/> | Autre : |

Comment avez-vous connu notre cabinet :

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Patient du Centre Médical |
| <input type="checkbox"/> | Adressé par un praticien : lequel ? |
| <input type="checkbox"/> | Bouche à Oreille |
| <input type="checkbox"/> | Par les pages Jaunes |
| <input type="checkbox"/> | Par notre site Internet |
| <input type="checkbox"/> | Recommandé par une de vos connaissances |
| <input type="checkbox"/> | Autre : |

Questionnaire Médical à remplir au dos de cette page svp

Historique fonctionnel du patient

Merci d'entourer la bonne réponse

A-t-il déjà été soigné en orthodontie ?						oui	non
Présente-t-il des difficultés à	<input type="checkbox"/> mastiquer	<input type="checkbox"/> respirer	<input type="checkbox"/> avaler	<input type="checkbox"/> parler			
Le jour, il respire par	<input type="checkbox"/> le nez	<input type="checkbox"/> la bouche					
La nuit, il respire par	<input type="checkbox"/> le nez	<input type="checkbox"/> la bouche					
L'oreiller est-il tâché de salive le matin ?						oui	non
Grince-t-il ou serre-t-il parfois des dents ?						oui	non
Ronfle-t-il en dormant ?	un enfant qu'on entend respirer depuis la porte de sa chambre, est un enfant qui ronfle					oui	non
Fait-il des apnées du sommeil ?						oui	non
Ronge-t-il ses ongles ?						oui	non
Se mordille-t-il les joues ?						oui	non
Suce-t-il ?	<input type="checkbox"/> pouce	<input type="checkbox"/> doigt	<input type="checkbox"/> tétine	<input type="checkbox"/> biberon	<input type="checkbox"/> autre	oui	non
La succion est-elle stoppée ?	si oui à quelle date : _____					non	oui
Présence d'autres habitudes buccales ? Si oui lesquelles :	_____					oui	non
Hémorragies nasales fréquentes ?						oui	non
Les mâchoires se bloquent-elles ?						oui	non
Présente-t-il des bruits ou douleur au niveau des articulations des mâchoires ?						oui	non
A-t-il besoin de porter un protège dents ?						oui	non
Pratique d'un instrument à vent ?						oui	non
Existe-t-il des prognates dans la famille (mâchoire du bas en avant)						oui	non

Historique dentaire du patient

Antécédents de choc sur le crâne, le visage ou les dents ?	Si oui à quel âge : _____	oui	non	
Antécédents d'extraction dents de sagesse		oui	non	
Antécédents de chirurgie maxillo faciale		oui	non	
Est-il sujet aux caries ?		oui	non	
A quand remonte la dernière visite chez le dentiste ?	_____			
Combien de fois par jour est réalisé le brossage ?		0	1	2
Grignotage ?		oui	non	
Appétence pour les sucreries (bonbons, soda) ?		oui	non	
Lors des précédentes visites chez le dentiste y a-t-il eu des difficultés particulières ?		oui	non	
Si oui lesquelles ?	_____			

Historique médical du patient

Pour les filles, est elle réglée ?	si oui date des 1ères règles : _____	oui	non				
Le patient est-il actuellement en bonne santé ?		non	oui				
Prend-il des médicaments ?	Si oui lesquels ? _____	oui	non				
A-t-il pris des biphosphonates contre l'ostéoporose ?		oui	non				
Présence fréquente de	<input type="checkbox"/> toux	<input type="checkbox"/> rhume	<input type="checkbox"/> otite	<input type="checkbox"/> angine	oui	non	
Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ?		oui	non				
Présente-t-il des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ?		oui	non				
A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations ?	si oui à quel âge : _____	oui	non				
A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ?	si oui lesquels : _____	oui	non				
Présente-t-il des allergies et si oui lesquelles ?		oui	non				
	<input type="checkbox"/> médicaments	<input type="checkbox"/> anesthésique	<input type="checkbox"/> métaux	<input type="checkbox"/> alimentaire	<input type="checkbox"/> autre	oui	non
Précisions :		oui	non				
Présente-t-il une maladie chronique ?	si oui laquelle _____	oui	non				
Présente-t-il des troubles d'ordre :		oui	non				
	<input type="checkbox"/> psychologique	<input type="checkbox"/> respiratoire	<input type="checkbox"/> nerveux (epilepsie, paralysie...)	<input type="checkbox"/> alimentaire	(difficultés à manger, texture, goût...)		
Est il suivi par un	<input type="checkbox"/> Orthoptiste	_____	oui	non			
(si oui merci de préciser nom,	<input type="checkbox"/> Orthophoniste	_____	oui	non			
prénom et ville du praticien)	<input type="checkbox"/> ORL	_____	oui	non			
	<input type="checkbox"/> Podologue	_____	oui	non			
	<input type="checkbox"/> Ostéopathe	_____	oui	non			
	<input type="checkbox"/> Autre (médecin du sommeil, etc...)	_____	oui	non			

J'atteste l'exactitude de ce document et avoir bien compris les questions qui me sont posées. Je signalerai tout changement concernant mon état de santé et les éventuels nouveaux traitements ainsi que les modifications d'adresse ou de numéro de téléphone le plus rapidement possible. Je reconnais également être informé que ce questionnaire va subir un traitement informatique et pouvoir y accéder pour rectifier mes données ou les faire supprimer.

Fait le : _____

Signature : _____