

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL ADULTE

Merci de remplir ce questionnaire avec le plus d'exactitude possible, la nature des renseignements qui vous sont demandés étant importante pour votre traitement en orthopédie-dento-faciale.

**Tout changement d'ordre administratif ou médical devra nous être signalé afin d'assurer la meilleure efficacité possible dans le suivi de votre dossier.**

### ETAT CIVIL :

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Age :  
Sexe : Taille : Poids :  
Adresse :  
Tél : Mail :

Nom de la caisse du régime obligatoire et numéro de sécurité sociale :

Nom de l'organisme complémentaire :

Nom du médecin traitant :  
Nom du dentiste traitant :

Comment avez-vous connu le cabinet ?

### ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

Avez-vous déjà eu des problèmes ORL OUI NON  
Si oui, précisez :

Avez-vous déjà été opéré : - des amygdales ? OUI NON  
- Des végétations ? OUI NON  
- Des cornets ? OUI NON

Nom du chirurgien et date de l'intervention :

Avez-vous déjà subi un traumatisme maxillo-facial : OUI NON  
Si oui, nature du traumatisme et lésion occasionnée (merci de nous apporter les radios) :

**Autres :** \_A chaque réponse positive, précisez la nature des problèmes et les interventions chirurgicales éventuelles

Problème cardiaque	OUI	NON
Problème pulmonaire, asthme	OUI	NON
Diabète	OUI	NON
Syndrôme ou anomalie génétique	OUI	NON
Prématurité	OUI	NON
Retard psycho-moteur	OUI	NON
Trouble de la croissance	OUI	NON
Epilepsie	OUI	NON
Trouble thyroïdien	OUI	NON
Trouble hématologique	OUI	NON
Trouble ophtalmologique	OUI	NON
Trouble tumoral	OUI	NON

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou avez-vous un projet de grossesse d'ici 1 à 2 année ?  
OUI NON

### TRAITEMENTS EN COURS :

Medicaments	Pour quelle maladie?	Posologie
-		
-		
-		
-		

### ALLERGIES :

Nature de l'allergie	Traitement
-	
-	

### CONSULTATION D'ORTHODONTIE

**Pourquoi consultez-vous un orthodontiste ?**

Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique ? Si oui merci de nous apporter radios et moulages.

Avez-vous eu des radiographies dentaires au cours des 6 derniers mois réalisées par un Dentiste ? OUI NON

Si oui, merci de nous apporter les clichés.

Existe-t-il des habitudes déformantes : position bouche ouverte, ongles rongés ?  
OUI NON

Si oui, précisez :

Ronflez- vous la nuit ? OUI NON

Avez-vous des problèmes de gencives (saignements, déchaussements) ? OUI NON  
Si oui, quel est le traitement mis en place ?

Avez-vous des problèmes de mâchoire ? (craquement, luxation, difficulté à ouvrir la bouche, douleur au niveau des articulations ) OUI NON  
Si oui, êtes-vous suivi pour ce problème et quel est le traitement ?

Avez-vous des migraines ? OUI NON

Avez-vous des douleurs musculaires régulières au niveau du cou, des épaules ?  
OUI NON

Pratiquez-vous un sport ? OUI NON  
Si oui précisez :

Pratiquez-vous un instrument de musique à vent ? OUI NON  
Si oui, précisez :

Etes-vous fumeur ? 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.**

*Date et Signature :*

**Important :** L'état actuel de la technologie Internet et de sa mise en oeuvre ne permet pas de garantir la confidentialité absolue des messages électroniques