

## **QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL (ENFANT ET ADOLESCENT)**

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 et prénoms des parents avec adresse si différente :  
-  
-

**En cas de parents séparés, merci de nous préciser si vous souhaitez les documents administratifs en 2 exemplaires : OUI NON**

Nom de l'assuré 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 :

Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes ORL OUI NON  
Si oui, précisez :

A-t-il déjà été opéré : - des amygdales ? OUI NON  
- Des végétations ? OUI NON  
- Des cornets ? OUI NON

Nom du chirurgien et date de l'intervention :

Votre enfant a-t-il déjà subi un traumatisme maxillo-facial : OUI NON

Si oui, nature du traumatisme et lésion occasionnée (merci de nous apporter les radios) :

S'agissait-il d'un accident :

- En milieu scolaire OUI NON
- De la circulation OUI NON

**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

### 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.

Nombre de semestres utilisés :

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 (suction, position bouche ouverte, tétée de la langue, ongles rongés...) OUI NON

Si oui, précisez :

Votre enfant :

Porte-t-il ou a-t-il porté des semelles orthopédiques ? OUI NON

Si oui, précisez pour quel motif et la durée du port :

A-t-il ou suit-il actuellement une rééducation chez l'orthophoniste ? OUI NON

Si oui, précisez pour quel motif et la durée du traitement :

Ronfle-t-il la nuit ? OUI NON

A-t-il des troubles du sommeil ? OUI NON

A-t-il des troubles de l'attention ? OUI NON

Est-il fatigué le matin au réveil ? OUI NON

Pratique-t-il un sport ? OUI NON

Si oui précisez :

Pratique-t-il un instrument de musique à vent ? OUI NON

Si oui, précisez :

**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