Questionnaire médical patient — orthodontie

Confidentiel — réservé à l'usage exclusif de l'orthodontiste. À conserver dans le dossier du patient.

Cabinet : _____ Date : _____

Vos coordonnées

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Sexe : ☐ M ☐ F Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Portable : _____ E-mail : _____

Médecin traitant : _____ Recommandé par : _____

Si patient mineur, représentant légal (nom, lien) : _____

Motif de consultation

☐ Rendez-vous de contrôle
☐ Dent fracturée
☐ Informations
☐ Prothèse dentaire
☐ Éclaircissement
☐ Carie
☐ Gencive
☐ Dent sensible
☐ Implant
☐ Extraction
☐ Détartrage
☐ Douleur
☐ Demande esthétique

Autre motif : _____

Date approximative du dernier examen dentaire : _____

Questionnaire de santé

Êtes-vous en bonne santé ?	☐ Oui ☐ Non	Suivez-vous un traitement médical ?	☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous des médicaments ?	☐ Oui ☐ Non	Troubles cardiaques	☐ Oui ☐ Non
Troubles vasculaires / sanguins	☐ Oui ☐ Non	Troubles rénaux	☐ Oui ☐ Non
Troubles digestifs	☐ Oui ☐ Non	Troubles hépatiques	☐ Oui ☐ Non
Troubles nerveux / épilepsie	☐ Oui ☐ Non	Troubles pulmonaires / asthme	☐ Oui ☐ Non
Troubles oculaires	☐ Oui ☐ Non	Diabète	☐ Oui ☐ Non
Rhumatisme articulaire aigu	☐ Oui ☐ Non	Arthrose	☐ Oui ☐ Non
Troubles cutanés	☐ Oui ☐ Non	Troubles glandulaires / hormonaux	☐ Oui ☐ Non
Hépatite	☐ Oui ☐ Non	VIH / SIDA	☐ Oui ☐ Non
Tuberculose	☐ Oui ☐ Non	Cancer	☐ Oui ☐ Non
Chimiothérapie	☐ Oui ☐ Non	Radiothérapie (tête et cou)	☐ Oui ☐ Non

Si vous prenez des médicaments, lesquels : _____

Allergies :

☐ Aucune
☐ Antibiotique
☐ Iode
☐ Latex
☐ Résine / métal
☐ Anesthésie
☐ Nickel

Autre allergie, ou antibiotique concerné : _____

Si cancer : pathologie, date et localisation : _____

Autres maladies :

_____

Renseignements complémentaires

Êtes-vous fumeur ?	☐ Oui ☐ Non	Saignements prolongés (après une extraction, une coupure…) ?	☐ Oui ☐ Non
Traitement par bisphosphonates ?	☐ Oui ☐ Non	Anticoagulants ou antiagrégants ?	☐ Oui ☐ Non

Pour les femmes

Êtes-vous enceinte ?	☐ Oui ☐ Non	Allaitez-vous ?	☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous un contraceptif ?	☐ Oui ☐ Non		

Antécédents bucco-dentaires et orthodontiques

Traitement orthodontique antérieur ?	☐ Oui ☐ Non	Port actuel d'un appareil ?	☐ Oui ☐ Non
Succion du pouce, des doigts ou de la tétine ?	☐ Oui ☐ Non	Respiration par la bouche ?	☐ Oui ☐ Non
Grincement ou serrement des dents ?	☐ Oui ☐ Non	Douleurs ou claquements de la mâchoire ?	☐ Oui ☐ Non
Traumatisme dentaire (choc, dent cassée) ?	☐ Oui ☐ Non	Dents absentes ou extraites ?	☐ Oui ☐ Non
Difficultés de langage ou de déglutition ?	☐ Oui ☐ Non	Ongles rongés, objets mordillés ?	☐ Oui ☐ Non

Si traitement orthodontique antérieur : quand et pendant combien de temps : _____

Nombre de brossages par jour : _____ Utilisez-vous du fil / des brossettes ? _____

Qu'attendez-vous du traitement ? _____

Remarques : _____

_____

J'atteste l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à informer le cabinet de toute modification de mon état de santé ou de mes traitements.

Fait le : _____ Signature : _____