

Fiche de renseignement et Questionnaire Médical

Administratif :

Patient :

Nom : Prénom:
Date de Naissance:
Adresse :
Téléphone :

Parent 1 (si mineur, tutelle, curatelle) :

Nom et Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Mail :

Parent 2 (Si nécessaire) :

Nom et Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Mail :

Pour les mineurs, merci de préciser la situation familiale (par exemple garde alternée, parents séparés) :

.....

Médical :

Dentiste traitant :

Comment avez-vous eu les coordonnées du cabinet ? :

- 1) *Le patient a-t-il déjà consulté un orthodontiste ?* **OUI**
NON
- 2) *Si oui, a-t-il déjà eu un traitement orthodontique (merci de préciser la durée, le nombre de semestres utilisés, et les coordonnées du praticien) ?*
.....

Santé Générale :

- 3) *Le patient a-t-il des allergies (médicaments, métaux, latex, autres) ?* **OUI** **NON**
Si oui, merci de préciser l'allergène :
.....

- 4) *Le patient a-t-il un problème de santé nécessitant un suivi spécifique ou des recommandations particulières ?* **OUI**

NON

Si oui, merci de préciser :
.....

5) *Le patient a-t-il un traitement médicamenteux ?* **OUI** **NON**
Si oui, merci de préciser :

.....

6) *Le patient est-il fumeur ou vit-il dans un environnement fumeur ?* **OUI** **NON**

Suivi bucco-dentaire et associé

7) *A quand remonte le dernier examen bucco-dentaire du patient ? :*

8) *Le patient a-t-il bénéficié dans les 6 derniers mois d'une radiographie panoramique, de face ou de profil de la tête ?* **OUI** **NON**

9) *Le patient a-t-il eu un choc (même ancien) sur les dents ?* **OUI** **NON**
Si oui, merci de préciser :

.....

10) *Le patient grince-t-il des dents ?* **OUI** **NON**

11) *Le patient a-t-il des douleurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires ?*

OUI **NON**

12) *Le patient a-t-il déjà eu des épisodes d'herpès buccal ou de boutons de fièvre ?*

OUI **NON**

Autres suivis ou prises en charge médicales :

13) *Le patient a-t-il déjà consulté un orthophoniste ?* **OUI** **NON**

14) *Le patient a-t-il déjà consulté un ostéopathe/kinésithérapeute ?* **OUI** **NON**

15) *Le patient a-t-il déjà consulté un ORL ?* **OUI** **NON**

16) *Le patient a-t-il des problèmes de sommeil ?* **OUI** **NON**

17) *Le patient a-t-il des problèmes de posture ?* **OUI** **NON**

18) *Autre suivi non répertorié ci-dessus (précisez) :*

Questionnaire Spécifique au COVID-19

J'atteste l'exactitude de ce document et atteste n'avoir rien omis. Je m'engage à signaler immédiatement toute modification administrative ou médicale du patient.

Signature :