

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Afin de faciliter les parties administratives et médicales nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir ce questionnaire **strictement confidentiel**.

INFORMATIONS GENERALES :

Nom du patient..... PRENOM.....
Date de naissance.....
Adresse.....
Code postal..... Ville.....

Nom du père Nom de la mère.....
Téléphone mobile Téléphone mobile
E-mail.....@..... E-mail.....@.....
Profession :..... Profession :.....

Nom de l'assuré Téléphone mobile
N° SS..... Mutuelle MGEN CMU ACS

Parents divorcés (séparés)
Dentiste traitant..... Adressé par.....

Quel est le motif de votre consultation ?
.....

HISTORIQUE MEDICAL :

Avez-vous des problèmes de santé ? Oui non
Si oui, lesquels ?.....

Etes-vous sous traitement médical ? Oui non
Si oui, lesquels ?.....

Avez-vous des allergies ? (latex , métaux , médicament...) Oui non
Si oui, lesquels ?.....

Est-ce que vous présentez ou avez déjà présenté une des affections suivantes :

Affection cardiaque	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hépatite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Diabète	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Affection rénale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Troubles sanguins	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ulcère	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatismes articulaires aigue	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hypo/hypertension	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Affection virale (VIH, hépatite...)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Problème ORL	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Allergie au nickel	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ?

Si oui pour quelles raisons ?.....

Avez-vous des douleurs/craquements/claquements articulaires au niveau de la mâchoire ?

.....

Etes-vous suivies par :

Un orthophoniste un kinésithérapeute un ostéopathe

Souhaitez-vous nous informer d'un problème de santé non évoqué ci-dessus ?

.....

Quelle est la date des derniers soins dentaires ?.....

Frères et sœur déjà suivis au cabinet

Oui non

Si oui, Nom et prénom

Avez-vous des habitudes nocives :

- La tétine
- succion du pouce/doigts
- grince des dents
- ronge ses ongles
- succion des lèvres
- mordille des stylos

« Je suis informé du fait que les informations fournies sur ce questionnaire sont essentielles à l'évaluation des affections bucco-dentaires et orthodontiques de mon enfant.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis.

Date

Signature du parent (ou responsable légal) :

Signature et cachet du praticien :