

# CABINET D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Docteur JULIA Olivier

## CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE QUALIFIE EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Activités/ Musique : \_\_\_\_\_

### ASSURE(E) SOCIAL(E)

Nom, Prénom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal/Ville : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Tél : Domicile : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Bureau : \_\_\_\_\_

Caisse de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

C2S :  Oui ou  Non (Si oui, avez-vous l'attestation CMU ?)

Mutuelle : \_\_\_\_\_

Nom du dentiste : \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT CONFIDENTIEL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous demandons de bien vouloir remplir ce document avec précision en cochant la bonne réponse.

#### I - PROBLEMES BUCCAUX

Succion d'un ou plusieurs doigts, si oui jusqu'à quel âge ? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Succion d'une tétine ou d'un doudou, si oui jusqu'à quel âge ? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Craquements à l'ouverture ou à la fermeture des mâchoires  Oui  Non

Douleurs à l'ouverture ou à la fermeture des mâchoires  Oui  Non

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ?  Oui  Non

Nombre de semestres utilisés : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà suivi une rééducation orthophonique ?  Oui  Non

Une personne de la famille a-t-elle les mêmes déformations ?  Oui  Non

#### II - PROBLEMES O.R.L

Rhino pharyngites fréquentes  Oui  Non

Otitites  Oui  Non

Surdité  Oui  Non

Végétations enlevées  Oui  Non

Ronflement  Oui  Non

Apnées du sommeil  Oui  Non

#### III - PROBLEMES VERTEBRAUX

Problèmes de dos ou problèmes de cou  Oui  Non

Semelles orthopédiques  Oui  Non

Si oui, pour quelles raisons : \_\_\_\_\_

#### IV - PROBLEMES CRANIENS

Maux de tête, vertiges ou convulsions  Oui  Non

#### V - DIVERS

Allergies  Oui  Non

Si oui :  médicament  latex  pollen  autre : \_\_\_\_\_

Anxiété ou nervosité  Oui  Non

Opérations  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Accidents  Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, lequel et depuis combien de temps : \_\_\_\_\_

Avez-vous une grossesse en cours ?  Oui  Non

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie la véracité des informations mentionnées et m'engage à avertir mon praticien en cas de modification de ces renseignements.**

Les clichés radiologiques dentaires doivent être communiqués au praticien pendant la durée du traitement.

Signature de l'assuré(e)

Signature du praticien