

CABINET de STOMATOLOGIE et d'ORTHOPEDIE DENTO FACIALE
Dr Alain DELBARRE – Dr Marie Madeleine BARALLE – Dr Sandrine ELHAGE
15 Boulevard Faidherbe – 59280 ARMENTIERES
Tél. : 03.20.35.51.57

ORTHODONTIE : QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom et Prénom : Date de naissance.....

Adresse : Code postal..... Ville.....

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :

Numéro de sécurité sociale :

Caisse de sécurité sociale : Mutuelle :

Nom du dentiste traitant, la ville :

Date de la dernière visite :

Nom du médecin traitant (ville).....

Qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez nous ?

Pour quelle raison ?

Avez-vous déjà porté un appareil d'orthodontie ? Oui Non

Si oui, précisez le nom de votre orthodontiste et le type d'appareil porté :

.....

Avez-vous des problèmes de gencives ? (gingivites, saignements...) Oui Non

Ronflez-vous ? Oui Non

Avez-vous suivi une rééducation orthophonique ? Oui Non

Avez-vous déjà consulté un ORL ? Oui Non

Présentez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

Avez-vous eu une intervention chirurgicale ? (amygdales, végétations, appendicite) : Oui Non

Traitement actuel :

Si oui, préciser la date et le motif :

Autres problèmes de santé :

Présentez-vous des claquements à l'articulation des mâchoires ? Oui Non

Portez-vous une plaque de libération occlusale ? Oui Non

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ?

(entourez et précisez lesquels et depuis combien de temps)

Troubles cardiovasculaires :
Troubles rénaux :
Troubles digestifs :
Troubles hépatites (ex hépatite) :
Troubles nerveux :
Dépression :
Troubles oculaires :
Troubles broncho-pulmonaires :
Troubles cutanés :

Allergies :
Troubles hormonaux :
Diabète :
Troubles sanguins :
Problèmes osseux et articulaires :
Problèmes ORL :
Cancer :
Autres maladies ?
Précisez lesquelles :

Prenez-vous actuellement des médicaments

Oui Non

Si oui, lesquels ?

Etes-vous actuellement suivi par un médecin ?

Oui Non

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement radio/chimiothérapie ?

Oui Non

Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement contre l'ostéoporose ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà eu des problèmes lors des anesthésies dentaires ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes lors des extractions dentaires ?

Oui Non

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Date prévue de l'accouchement :

Fumez-vous ? Oui Non Depuis combien de temps :

Depuis combien de temps ?

Avez-vous eu des problèmes avec l'alcool ? Oui Non

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de toxicomanie ? Oui Non

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :