

QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE

- Merci de bien vouloir compléter et / ou entourer la réponse -

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénom du Patient :

- Date de naissance :

Âge actuel :

Adresse complète :



Adresse mail :

Nom de la caisse de Sécurité Sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ? Oui / Non → Si oui, ACS Social : A / B / C

Bénéficiaire de la CMU ? Oui / Non

- Bénéficiaire de la MGEN ? Oui / Non

Qui vous a conseillé le Cabinet d'Orthodontie du Docteur Pauline Doré ?

→ Site Internet / Doctolib / Famille / Ami / Médecin / Dentiste / Autre

Quel est le motif de la visite ?

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :

Ville :

Problèmes ORL (asthme, apnée du sommeil, etc.) : Oui / Non → Précisez :

Hépatite A, B ou C : Oui / Non → Précisez :

- Virus HIV : Oui / Non

Syncopes, vertiges : Oui / Non

- Diabète : Oui / Non

Désordres hormonaux : Oui / Non → Précisez :

- Maux de tête fréquents : Oui / Non

Troubles alimentaires : Oui / Non → Précisez :

Problème de dos : Oui / Non → Précisez :

- Port de semelles orthopédiques : Oui / Non

Autres maladies : Oui / Non → Précisez :

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris au cours des 6 derniers mois ?
Oui / Non → Précisez :

Avez-vous été récemment exposé aux rayons X (scanner, radiothérapie, etc.) ?
Oui / Non → Précisez :

Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que
dentaires ? Oui / Non → Précisez opération(s) et date(s) :

Fumez-vous ? Oui / Non et Nombres de cigarettes / jour :

Etes-vous enceinte ? Oui / Non

- Allaitiez-vous ? Oui / Non

ALLERGIES

Allergies connues ? Oui / Non → Précisez :

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Dentiste traitant :

Ville :

Dernière visite chez votre Dentiste : 0-6 mois / 6-12 mois / +12 mois

Actes effectués lors de votre dernière visite :

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ? Oui / Non

Vos gencives saignent-elles fréquemment ? Oui / Non

Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche ? Oui / Non

Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui / Non → Précisez : éveillé / endormi

Avez-vous déjà reçu les soins dentaires suivants:

→ Traitement des gencives ? Oui / Non

→ Soins conservateurs (caries...) ? Oui / Non

→ Soins prothétiques ? Oui / Non → Précisez :

→ Soins occlusodontiques ? Oui / Non

→ Autres :

HISTORIQUE ORTHODONTIQUE

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? Oui / Non

Type d'appareillage:

Nom du précédent praticien :

Je soussigné(e),, atteste l'exactitude de ces informations strictement personnelles et confidentielles.

En cas de modification de mon état de santé, des prescriptions médicales et / ou de coordonnées (adresse, numéro de téléphone), je m'engage à en informer le Docteur Doré.

Date :

Signature du patient :