

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL CONCERNANT LE PATIENT

Le traitement d'orthodontie peut interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Pouvez-vous s'il vous plait remplir ce questionnaire médical avec précision celui-ci étant naturellement couvert par le secret médical. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation. Ce questionnaire est à remplir par le patient ou par l'assuré social responsable légal du patient s'il est mineur.

**Souhaitez-vous un entretien, sans votre enfant, afin de discuter d'un sujet en particulier ?**  NON  OUI

### IDENTIFICATION DU PATIENT A TRAITER

Nom: ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Date de naissance : ...../...../.....Age : .....N° de portable du patient : .....

### RENSEIGNEMENTS DU RESPONSABLE LEGAL DU PATIENT OU DE L'ASSURE LUI-MÊME

N° de sécurité sociale : .....

Nom : ..... Prénom : .....Profession : .....

E-mail : .....@.....

Nom, Prénom de la Mère: .....Portable : .....Profession : .....

Nom, Prénom du Père : .....Portable : .....Profession : .....

Les deux parents ont-ils l'autorité parentale ?  OUI  Si NON.....qui a la garde parental ?  la mère  le père

Avez-vous la : CMU/C2S/AME/UNE CAISSE SPECIALE :  Non  Oui, laquelle ? .....

Nom et N° adhérent de la mutuelle principale reliée à la sécurité sociale : .....

Avez-vous une deuxième mutuelle complémentaire ?  NON  OUI laquelle.....

### RENSEIGNEMENTS DE VOTRE CHIRURGIEN DENTISTE TRAITANT

Nom..... Prénom .....Ville.....Date de la dernière visite : ..... / ..... / .....

Par qui avez-vous été recommandé ?  Aucun  Dentiste  Patient  Médecin  Autre.....

Nom et prénom de celui qui vous a recommandé ? .....

### HISTORIQUE DENTAIRE

Le patient utilise-t-il parfois le révélateur rose de plaque dentaire ?  NON  OUI

Le patient a-t-il déjà eu un vernis de protection des dents (Sealants)?  NON  OUI

Lors des précédentes visites chez le dentiste le patient a-t-il rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ? .....

### TRAUMATISMES DENTAIRE

Le patient a-t-il reçu un choc ou un traumatisme sur les dents ?  NON  OUI Quand ? .....

Quelles dents ont été concernées ? .....

### MOTIF DE CONSULTATION

Avis orthodontique  Fil décollé ou gouttière de contention  2ème avis d'orthodontie  Dents de sagesse

Est-ce que votre enfant pense que quelque chose ne va pas avec ses dents ?  NON  OUI.....

Autre.....

### ANTECEDENTS ORTHODONTIQUES

Le patient a-t-il déjà été traité en Orthodontie ?  NON  OUI

Nom de l'orthodontiste....., dans quelle ville ? .....

Avec un appareil avec des bagues, un appareil amovible ou des gouttières ? .....

A quel âge ? ..... Pendant quelle durée ? .....

Y a-t-il un parent ou enfant du foyer familial ayant déjà eu un traitement orthodontique ?  NON  OUI

Vos mâchoires craquent-elles ou se bloquent-elles ?  NON  OUI

## HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Le patient a-t-il des problèmes de santé particuliers ?  NON  OUI

Lesquels.....

Prend-il des médicaments ?  NON  OUI Lesquels ?.....

Souffre-t-il de l'une des affections suivantes ?  Diabète  Hépatite  HIV  Pbs Sanguins

Le Patient a-t-il de l'asthme ?  NON  OUI Fume-t-il ?  NON  OUI

Est-il allergique ?  NON  OUI

Si oui, quels types d'allergies  Médicament,  Anesthésie,  Latex,  Métal,  Résine,  Colorant,  Alimentation, Autres .....

Le patient présente-t-il des troubles de croissance  NON  OUI .....

Présente-t-il des problèmes influençant sa posture (lordose, pieds plats, autre) ?  NON  OUI .....

Est-il suivi par un Orthophoniste ?  NON  si OUI Lequel.....

Pour quelles raisons ?.....

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ?  NON  Si OUI Date prévue de l'accouchement.....

**SI VOUS ETES ENCEINTE LA REALISATION DE RADIOGRAPHIES EST FORMELLEMENT INTERDITE**

Prenez-vous des bisphosphonates (contre-indiqué avec un traitement d'orthodontie)  NON  OUI.....

## ANTECEDENTS ORL

Le patient a-t-il eu une opération des amygdales et/ou des végétations ?  NON  OUI.....

Le patient a-t-il eu des infections fréquentes de : Rhumes, Maux de gorge, Otites, Angines, ... ?  NON  OUI

## DYSFONCTIONS

A-t-il des difficultés à :

-Respirer  NON  OUI -Mastiquer  NON  OUI -Avaler  NON  OUI -Parler  NON  OUI

## PARAFONCTIONS

Le patient grince-t-il parfois des dents ?  NON  OUI Ronge-t-il ses ongles ?  NON  OUI

Suce-t-il son pouce ou un doigt ?  NON  OUI lequel.....

Suce-t-il un objet ? (Mouchoir, drap, stylo ...) ?  NON  OUI

Présente-t-il d'autres habitudes buccales (mordiller les lèvres etc) ?  NON  OUI lesquelles : .....

Joue-t-il d'un instrument de musique en contact avec les dents ?  NON  OUI

## SYMPTOMES EVOQUANT UNE OBSTRUCTION RESPIRATOIRE DU SOMMEIL

### Signes la journée :

Yeux cernés .....  NON  OUI

Céphalées au réveil .....  NON  OUI

Hyper activité .....  NON  OUI

Fatigue diurne .....  NON  OUI

Somnolence diurne excessive .....  NON  OUI

TDAH ou TDA.....  NON  OUI

### Signes la nuit :

Ronflements.....  NON  OUI

Sommeil agité/Réveils fréquents  NON  OUI

Transpiration excessive.....  NON  OUI

Respiration buccale.....  NON  OUI

Enurésie (Pipi au lit).....  NON  OUI

En signant ce document, j'autorise le Docteur SAMAMA à réaliser, si besoin, des bilans radiologiques pour surveiller l'évolution dentaire du patient pendant toute la durée du traitement.

Je suis informé que des honoraires de consultation de 23€ me seront demandés lors de la première consultation, honoraires pris en charge par la caisse de sécurité sociale dans la supposition d'un traitement accepté par la caisse.

J'atteste l'exactitude de ce document, si le patient est un mineur confirme être le responsable légal et l'assuré social. Je m'engage à signaler toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales du patient.

Fait au Vésinet Le .....

Nom et Prénom .....

Signature du patient ou du responsable légal (si mineur)