

Dr Alexia Lobo
Chirurgien-Dentiste
Université de Toulouse III
DU d'Occlusodontologie et
Réhabilitation de L'appareil Manducateur
Du Orthognathie médico-chirurgicale

Dr Isabelle Soubiron
Chirurgien-Dentiste
DIU d'Orthopédie
Dento-Crânio-Maxillo-Faciale
Universités de Paris VI et Rouen
Du Orthognathie médico-chirurgicale

Dr Camille Subra
Chirurgien-dentiste
Université de Toulouse III

Questionnaire Administratif

Identité du patient

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Scolarité _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Email _____

Nom et prénom de la mère _____ tel _____

Nom et prénom du père _____ tel _____

Représentant légal (Assuré) **mère** **père**

Situation de Famille **Parents séparés** **oui** **non**

Autorité parentale **père** **mère** **conjointe**

Caisse de sécurité sociale **CPAM** **MGEN** **RSI** **CMU/CSS** **AUTRE :** _____

Lieu **MURET** **TOULOUSE** **AUTRE :** _____

Médecin traitant : Nom _____ Prénom _____ Ville _____

Dentiste traitant : Nom _____ Prénom _____ Ville _____

Si adressé par un praticien : lequel ?

Motif de votre consultation :

Questionnaire Médical à remplir au dos de cette page svp

Historique fonctionnel du patient

A-t-il déjà été soigné en orthodontie ?					oui	non
Présente-t-il des difficultés à	☐ mastiquer	☐ respirer	☐ avaler	☐ parler		
Le jour, il respire par	☐ le nez	☐ la bouche				
La nuit, il respire par	☐ le nez	☐ la bouche				
Ronfle-t-il en dormant ?					oui	non
Grince-t-il ou serre-t-il parfois des dents ?					oui	non
As-t-il été testé pour les apnées du sommeil ?					oui	non
Ronge-t-il ses ongles ?					oui	non
Suce-t-il ?	☐ pousse	☐ tétine			oui	non
La succion est-elle stoppée ?	si oui à quelle date :				non	oui
Présente-t-il des bruits ou douleur au niveau des articulations des mâchoires ?					oui	non

Historique dentaire du patient

Antécédents de choc sur le crâne, le visage ou les dents ?	Si oui à quel âge :	oui	non
Antécédents d'extraction dents de sagesse		oui	non
Antécédents de chirurgie maxillo faciale		oui	non
Est-il sujet aux caries ?		oui	non
Saigne-t-il des gencives ?		oui	non
A quand remonte la dernière visite chez le dentiste ?			
Combien de fois par jour est réalisé le brossage ?			
Appétence pour les sucreries (bonbons, soda) ?		oui	non
Lors des précédentes visites chez le dentiste y a-t-il eu des difficultés particulières ?		oui	non

Historique médical du patient

Pour les filles, est-elle réglée ?	si oui date des 1ères règles :	oui	non
Prend-il des médicaments ?	Si oui lesquels ?	oui	non
Présence fréquente de	☐ toux ☐ rhume ☐ otite ☐ angine	oui	non
Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ?		oui	non
Présente-t-il des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ?		oui	non
A-t-il été opéré des amygdales et/ou végétations ?	si oui à quel âge :	oui	non
A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ?	si oui lesquels :	oui	non
Présente-t-il des allergies et si oui lesquelles ?	☐ médicaments ☐ anesthésique ☐ métaux ☐ alimentaire ☐ autre	oui	non
Précisions :			
Présente-t-il une maladie chronique ?	si oui laquelle :	oui	non
Présente-t-il des troubles d'ordre :	☐ psychologique ☐ respiratoire ☐ alimentaire ☐ Autre	oui	non
Est-il suivi par :	☐ Orthophoniste ☐ ORL ☐ Autre (médecin du sommeil, etc...)	oui	non

J'atteste l'exactitude de ce document et avoir bien compris les questions qui me sont posées. Je signalerai tout changement concernant mon état de santé et les éventuels nouveaux traitements ainsi que les modifications d'adresse ou de numéro de téléphone le plus rapidement possible. Je reconnais également être informé que ce questionnaire va subir un traitement informatique et pouvoir y accéder pour rectifier mes données ou les faire supprimer.

Fait le :

Signature :