

QUESTIONNAIRE MEDICAL PERSONNEL CONFIDENTIEL

Le traitement d'orthodontie peut interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Pouvez vous SVP 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 (la) patient(e) s'il ne fait pas l'objet d'une incapacité, ou par le responsable légal le cas échéant.

IDENTIFICATION DU PATIENT :

AGE :

Nom.....Prénom.....né le/...../.....

<u>COORDONNEES DU PATIENT OU PARENTS DU PATIENT :</u>	PATIENT ADULTE/ PARENT 1 / RESPONSABLE LEGAL	PARENT 2 (DIVORCE / SEPRE / EN COURS ?)
NOM/ PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL /VILLE		
EMAIL		
TELEPHONE		
PROFESSION		
N° SECU		
REGIME SECU CMU?		
NOM MUTUELLE		

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE CABINET ?	
EST CE QUE VOTRE CHIRURGIEN DENTISTE VOUS A DEMANDE DE PRENDRE RENDEZ VOUS PRECISEMENT AVEC DR SAMAMA ?	
EXISTE-T-IL UNE SITUATION PARTICULIERE PERSONNELLE QUI NECESSITE UN ENTRETIEN AVEC DR SAMAMA SANS VOTRE ENFANT ?	

MERCI DE REMPLIR EGALEMENT LE QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL =>

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

AVEZ-VOUS UN DENTISTE TRAITANT?	OUI	NON
SI OUI, LE NOM ET COORDONNEES		
AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTE UN ORTHOPHONISTE?	OUI	NON
SI OUI, LE NOM ET COORDONNEES		
ETES VOUS ACTUELLEMENT SUIVI PAR UN MEDECIN? SPECIALISTE? OU SERVICE HOSPITALIER?	OUI	NON
SI OUI, SPECIALITE, LE NOM ET COORDONNEES		
PRENEZ VOUS REGULIEREMENT DES MEDICAMENTS?	OUI	NON
SI OUI, MEDICAMENTS ET INDICATIONS		
AVEZ-VOUS DES ALLERGIES?	OUI	NON
SI OUI, LESQUELLES?		
POUR LES FEMMES, ETES VOUS ENCEINTE?	OUI	NON
SI OUI, QUELLE EST VOTRE DATE DE DPA?		
AVEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTE UN ORTHODONTISTE JUSTE AVANT CE RENDEZ VOUS?	OUI	NON
QUELLE EST LA RAISON QUI VOUS AMENE A CONSULTER L'ORTHODONTISTE, Dr SAMAMA CE JOUR?		
MOTIF:		
AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN TRAITEMENT ORTHODONTIQUE AU COURS DE VOTRE VIE?	OUI	NON
AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN TRAITEMENT ORTHODONTIQUE AVANT 16 ANS?	OUI	NON
SI OUI, Nb de semestres? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 // Nb d'années de contention? 1 / 2		Nom
du praticien et lieu:		
AVEZ-VOUS DÉJÀ RECU UN CHOC SUR LES INCISIVES?	OUI	NON
SI OUI, dans quelles conditions? Des sequelles?		
RONFLEZ VOUS?	OUI	NON
FAITES VOUS DES APNEES DU SOMMEIL?	OUI	NON
RONGEZ VOUS VOS ONGLES?	OUI	NON
SUCEZ VOUS VOTRE DOIGT/ OBJET?	OUI	NON
AVEZ-VOUS LES MACHOIRES QUI CRAQUENT/ SE BLOQUENT?	OUI	NON
JOUEZ VOUS D'UN INSTRUMENT?	OUI	NON
SI OUI, LEQUEL?		
PRATIQUEZ VOUS UN SPORT?	OUI	NON
SI OUI, LEQUEL?		
FUMEZ VOUS?	OUI	NON
SI OUI, COMBIEN PAR JOUR?		

A GIF SUR YVETTE

LE/...../202.....

SIGNATURE