**Questionnaire administratif et médical**

***(Adulte)***

**Le Patient** :

**Nom :** --------------------------------------------------------**Prénom** : ---------------------------------------------

**Date de naissance** : --------/--------/------------------- **Age**: ----------------------------------------------

**Adresse complète** : ----------------------------------------------------------------------------------------

**Code postal :** --------------------------- **Ville :** -----------------------------------------------------------

**N° de tel** : domicile : ------------------------ travail : ------------------------- ou --------------------------------

**N° portable** : ------------------------. **Profession** : ---------------------------------------------------------------

**Adresse e-mail** : ---------------------------------------------------------------------------------------------------

**N° de sécurité sociale** : ---/----/----/----/-------/-------/-----

**Caisse régime général** : ----------------------------- **Mutuelle complémentaire** : ---------------------------

*(CPAM ou autre)*

Etes-vous bénéficiaire de la **C2S (CMU) / CSS** complémentaire ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**

**Si OUI, merci de nous fournir l’attestation à jour.**

**Dentiste traitant** : Nom ---------------------------- Prénom ----------------- Commune ---------------------

Qui vous a adressé au cabinet d’orthodontie ? (**Nom et qualité**) : -------------------------------------------

Pour quel **motif** consultez-vous ? ---------------------------------------------------------------------------------

* ***Si le patient n’est pas l’assuré :***

***Nom de l’assuré (e) : ----------------------------------------Prénom : -------------------------------------***

***Date de naissance de l’assuré : ----/------/------.***

**→ *Suite au dos***

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**:

* Avez-vous déjà eu un traitement d’orthodontie auparavant ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**
* Le patient grince-t-il des dents ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**
* Possède-t-il une gouttière de bruxisme ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**
* Avez-vous des allergies ? 🞎 Médicament 🞎 Alimentaire  🞎 Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 **NON**

* + Prenez-vous des médicaments de manière régulière ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**

Si oui le(s) quel(s) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Et pour traiter quoi ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Avez-vous subi un choc ? (chute ou coup sur les dents, nez, lèvres, menton, front, crâne…)

🞎 **OUI** (âge :\_\_\_\_\_\_) précisez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 **NON**

* + A la naissance, a-t-on utilisé des forceps ou autres ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**
  + Avez-vous déjà consulté ou êtes-vous suivi ? chez 🞎 un ostéopathe 🞎 un kinésithérapeute

🞎un ORL 🞎 Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Portez-vous des semelles orthopédiques ? 🞎 **OUI** depuis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 **NON**
* Avez-vous déjà suivi une rééducation chez un orthophoniste ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**

Si oui précisez lequel et pour quelle raison :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Avez-vous été opéré ? 🞎 Amygdales 🞎 Végétations 🞎 Autre, précisez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Avez-vous des troubles au niveau de la colonne vertébrale ?

🞎 Scoliose 🞎 Lordose 🞎 Cyphose 🞎 Cervicalgies

🞎 Autres douleurs, précisez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Avez-vous d’autres antécédents médicaux à nous signaler ?

🞎 Asthme 🞎 Problème cardiaque

🞎 Anémie 🞎 Problème endocrinien

🞎 Epilepsie 🞎 Problème nerveux

🞎Tuberculose 🞎 Problème rénal

🞎Pneumopathie 🞎 Problème sanguin

🞎Affections hépatiques (hépatites ou autre) 🞎 HIV

🞎 Autre, précisez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Votre médecin généraliste : Docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS DIVERS**:

* Avez-vous encore ou eu des habitudes de succion ? 🞎 Pouce ou doigts 🞎 Stylos 🞎 Lèvres

🞎 Doudou 🞎 Langue (« tétouillage ») 🞎 Sucette

* Rongez-vous vos ongles ? 🞎 Pas du tout 🞎 Un peu 🞎 Beaucoup
* Ronflez-vous ? 🞎 Pas du tout 🞎 Un peu 🞎 Beaucoup
* Avez-vous des apnées du sommeil ? 🞎 **OUI** 🞎 **NON**
* Respirez-vous le plus souvent ? 🞎 Par la bouche 🞎 Par le nez 🞎 Vous ne savez pas
* Jouez-vous d’un instrument de musique ? 🞎 **OUI** le(s)quel(s) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 **NON**
* Si le patient est une femme : Etes-vous enceinte ? (*En cas d’examens radiologiques à réaliser*)

🞎 **OUI** 🞎 **NON**

*Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire confidentiel. Il contribue à votre prise en charge dans le cadre d’un traitement d’orthodontie et ce dans le respect de votre santé globale et notre volonté de vous accompagner dans un parcours de soins personnalisé.*

**FICHE CLINIQUE RESERVEE AUX NOTES DU PRATICIEN**

**Notes complémentaires :**

**Examen à réaliser :**

**🞎 Panoramique dentaire 🞎 Télécrane de profil 🞎 Télécrane de Face**

**🞎 Empreintes numériques**

**🞎 Bilan orthophonique**

**🞎 Bilan ORL**

**🞎 Bilan pneumo (apnées)**

**🞎 Bilan ostéopathe**

**🞎Autres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**