



Questionnaire administratif et médical

Le Patient :

Nom : ----- Prénom : -----

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

Fratric : (Nombre de frères et sœurs) : ----

Parents : Père Mr ----- / Tuteur 1 : -----
Mère Mme ----- / Tuteur 2 : -----

Profession des parents :

Adresse complète : -----

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

N° portable : Tel 1 : ----- Tel 2 : ----- Tel 3 : -----

Adresse e-mail* : -----

L'Assuré :

Nom : ----- Prénom : -----

Date de naissance ASSURE : ---/---/--- N° de sécurité sociale : ---/---/---/---/---/---/---
(Le parent)

Caisse régime général : ----- Mutuelle complémentaire : -----
(CPAM département ou autre)

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

• Si OUI merci de nous **DONNER VOTRE ATTESTATION A JOUR**

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

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

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

→ Suite au dos

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Date : Nom et prénom du signataire

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature



- Le patient a-t-il 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

- Le patient présente-t-il des allergies ? ☐ Médicament ☐ Alimentaire ☐ Autre (précisez) _____ ☐ NON

- Prend-il des médicaments de manière régulière ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui le(s) quel(s) ? _____
Et pour traiter quoi ? _____

- A- t-il subi un choc ? (Chute ou coup sur les dents, nez, lèvres, menton, front, crâne...) ☐ OUI (âge : _____) précisez _____ ☐ NON

- Lors de la naissance du patient, a- t-on utilisé des forceps ou autres ? ☐ OUI ☐ NON

- A- t-il déjà consulté ou est-il suivi ? chez ☐ un ostéopathe ☐ un kinésithérapeute ☐ un ORL ☐ Autre _____

- Porte-il des semelles orthopédiques ? ☐ OUI depuis ☐ NON

- A- t-il déjà suivi une rééducation chez un orthophoniste ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui précisez lequel et pour quelle raison : _____

- A- t-il été opéré ? ☐ Amygdales ☐ Végétations ☐ Autre, précisez _____

- A-t-il 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) ☐ Autre, précisez _____
 - ☐ HIV

- Votre médecin généraliste : Docteur -----

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Date : Nom et prénom du signataire

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature



- A-t-il encore ou eu des habitudes de succion ? ☐ Pouce ou doigts ☐ Stylos ☐ Lèvres ☐ Doudou
☐ Langue (« tétouillage ») ☐ Sucette
- Ronge- t-il ses ongles ? ☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup
- Ronfle-il ? ☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup
- Fait-il des apnées du sommeil ? ☐ OUI ☐ NON
- Respire-t-il le plus souvent ? ☐ Par la bouche ☐ Par le nez ☐ Vous ne savez pas
- Joue-t-il d'un instrument de musique ? ☐ OUI le(s)quel(s) ? _____ ☐ NON
- Pratique-t-il un / des sports ? ☐ OUI le(s)quel(s) ? _____ ☐ NON

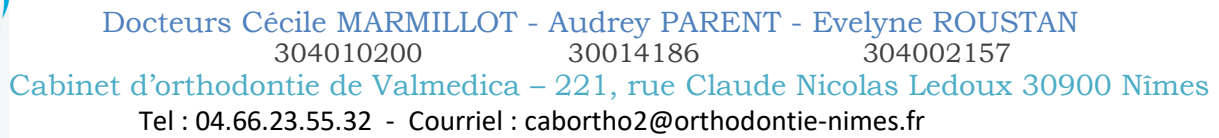
Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire confidentiel. Il contribue à votre prise en charge dans le cadre d'un traitement d'orthodontie et ce dans le respect de votre santé globale et notre volonté de vous accompagner dans un parcours de soins personnalisé.

FICHE CLINIQUE RESERVEE AUX NOTES DU PRATICIEN

Date : Nom et prénom du signataire

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature



This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, text, or other markings on the page.

☐ **Panoramique dentaire**
☐ **Télécrane de profil**
☐ **Télécrane de Face**
☐ **Empreintes numériques**
☐ **Bilan orthophonique**
☐ **Bilan ORL**
☐ **Bilan pneumo (apnées)**
☐ **Bilan ostéopathe**
☐ **Autres :**

Toute modification administrative sera à signaler au secrétariat et
Modification médicale à la praticienne pour la mise à jour de votre dossier

Signature