Pour la tenue de votre dossier, j'utilise un support informatisé sécurisé, protégé selon les normes en vigueur.
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et le Règlement Général de Protection des Données vous donne un doit d'accès, de portabilité et de rectification de ces données. N'hésitez pas à en parler !

CABINET D'ORTHODONTIE

Nom du patient :
Prénom du patient :
Date de naissance :

QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE

Ce questionnaire est strictement confidentiel

Il est possible que nous envisagions ensemble un traitement bucco-dentaire. Afin de le traiter dans les meilleures conditions et d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup de précision, nous vous en remercions.

Avez-vous déjà consulté : (Merci de préciser les raisons pour lesquelles vous avez consulté)
Un orthophoniste ?……
un ORL ?……..

Avez-vous des troubles du sommeil ?
Ronflements ❑ oui ❑ non
Apnée du sommeil ❑ oui ❑ non

Habitudes :
Succion du stylo / du pouce ❑ oui ❑ non
Rongement des ongles ❑ oui ❑ non

Régularité du brossage (Nombre de fois par jour)…….....

Pratiquez-vous un sport régulier, de la musique ? ❑ oui ❑ non
Si oui, le ou lesquels :……

Avez-vous des allergies ? (Médicamenteuses, alimentaires, autres…) ❑ oui ❑ non
Si oui, lesquelles :……

Maladies ou problèmes respiratoires :
Asthme ❑ oui ❑ non
Autres (précisez) :……

Avez-vous déjà été opéré(e) ? ❑ oui ❑ non
Si oui, précisez la nature et la date des interventions :
……

Maladies/problèmes cardio-vasculaires (Endocardite, prothèse valvulaire…) ❑ oui ❑ non
Si oui, précisez :……

Maladies ou problèmes digestifs (Ulcère, maladie du foie…) ❑ oui ❑ non
Autres (précisez) :……

Maladies/problèmes articulaires (lombalgies, ostéoporose, arthrose) ❑ oui ❑ non
Autres (précisez) :……

Maladies ou problèmes endocriniens ou métaboliques :
Hyperthyroïdie, hypothyroïdie ❑ oui ❑ non
Diabète ❑ oui ❑ non
Autres (précisez) :……

Maladies ou problèmes rénaux : ❑ oui ❑ non

Maladies ou problèmes nerveux :
Dépression nerveuse, Anxiété ❑ oui ❑ non
Autres (précisez) :……

Avez-vous déjà été atteint d'une maladie virale ? (Herpès, Hépatite, VIH…)
Si oui, laquelle :……. ❑ oui ❑ non

Avez-vous des problèmes sanguins ? ❑ oui ❑ non
Si oui, lesquels :……

Avez-vous été traité par hormone de croissance ? ❑ oui ❑ non

Avez-vous déjà été traité par des rayons ? ❑ oui ❑ non

Prenez-vous des médicaments quotidiennement ? ❑ oui ❑ non
Si oui, lesquels (antihistaminiques, antidouleurs, pilules …)……
Fumez-vous ? ❑ oui ❑ non
Etes-vous enceinte ❑ oui ❑ non

Fait à Montauban le 13/11/2023 **Signature :**

Je certifie sincère les informations et m'engage à communiquer au dr. Daniel GHAZI tout changement concernant mon état de santé.
J'autorise le cabinet à réaliser des photos dans le cadre de la constitution du dossier médical, qui pourra être transmis à mon chirurgien-dentiste par courriel.