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 !

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

CABINET D'ORTHODONTIE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Il est possible que nous envisagions ensemble un traitement bucco-dentaire pour votre enfant. 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. Certains médicaments ou opérations passées peuvent interférer ou altérer les résultats orthodontiques. Il est donc important de signaler sans restriction ses antécédents médicaux, en toute confidentialité.

Quel est le motif de votre consultation ? ……..

Niveau scolaire de votre enfant : ……Place dans la fratrie : ……

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

Votre enfant présente :

- **des troubles du sommeil liés à une anxiété** ❑ oui ❑ non
- **des ronflements** ❑ oui ❑ non
- **des apnées du sommeil** ❑ oui ❑ non
- **une succion du pouce ou d'un doigt** ❑ oui ❑ non
- **une succion de la tétine ou autres (doudou…)** ❑ oui ❑ non
- **un écoulement salivaire nocturne (oreiller imbibé de salive)** ❑ oui ❑ non
- **un rongement des ongles** ❑ oui ❑ non
- **une scoliose** ❑ oui ❑ non
- **le port de semelles orthopédiques** ❑ oui ❑ non

Avez-vous déjà consulté ou votre enfant est-il en traitement chez :

Un Orthophoniste ? **Pour quel motif / nom du praticien** ❑ oui ❑ non
……....

Un ORL ? **Pour quel motif / nom du praticien** ❑ oui ❑ non
……

Un Orthoptiste ? **Pour quel motif / nom du praticien** ❑ oui ❑ non
……

Votre fille est-elle réglée (si oui, date des 1ères règles) : ❑ oui ❑ non

Quel sport régulier pratique votre enfant :
Ce sport nécessite il le port d'un protège dent : ❑ oui ❑ non

Votre enfant joue-il d'un instrument à vent : ❑ oui ❑ non

Votre enfant a-t-il pris ou prend-il un traitement pour les os ❑ oui ❑ non

Votre enfant présente-il des allergies :

Médicamenteuses, ❑ oui ❑ non
Alimentaires, ❑ oui ❑ non
Ou autre (préciser) ❑ oui ❑ non

Quelles interventions chirurgicales nécessitant une anesthésie locale ou générale votre enfant a-t-il déjà subi : ……..

Votre enfant présente des maladies :

- **du cœur** ❑ **oui** ❑ **non**
- **du foie** ❑ oui ❑ non
- **des reins** ❑ **oui** ❑ **non**
- **digestives** ❑ **oui** ❑ **non**
- **articulaire** ❑ **oui** ❑ **non**
- **hormonale (diabètes …)** ❑ **oui** ❑ **non**
- **des yeux** ❑ **oui** ❑ **non**
- **autres :** ……

Votre enfant prend-il des médicaments par la bouche au moins une fois par semaine ?
Si oui, quel est le nom du traitement (en cas de doute, vérifiez sur l'ordonnance :

Votre enfant a-t-il une piqûre une fois par mois, une fois par an ou deux fois par an ?
Si oui, quel est le nom du traitement (en cas de doute, vérifiez sur l'ordonnance :

Fait à Montauban, le 13/11/2023

Signature du patient ou parent responsable (pour les mineurs)

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