***Ce questionnaire médical est personnel et strictement confidentiel.***

ETAT CIVIL

Nom et prénom : .....................................................................................................................................

Date de naissance : ……../………/………

Téléphone portable : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse postale : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse e-mail : ………………………………………………………………………….@……………………………………………………

Mutuelle : …………………………………………………………… CMU : [ ]  oui [ ]  non

Profession : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Comment nous avez-vous été adressés ?

[ ]  Dentiste [ ]  Médecin [ ]  Patient [ ]  Internet

Nom du Médecin Généraliste : …………………………………………………………………………………………………………….

Nom de l’Ostéopathe : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Motif de consultation : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Quel bénéfice attendez-vous du traitement ? : ……………………………………………………………………………………

INFORMATIONS MEDICALES

Taille : ………………………………………………………………Poids…………………………………………………………………………

Êtes-vous fumeur [ ]  oui [ ]  non Si oui, combien par jour ? …………………………………………………………

Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de santé ? [ ]  oui [ ]  non

[ ]  Asthme [ ]  Diabète [ ]  Hépatite B/C [ ]  HIV

[ ]  Rhumatisme [ ]  Syncope [ ]  Pbs sanguins [ ]  Pbs rénaux [ ]  Pbs Psychologiques

[ ]  Pbs nerveux [ ]  ALD [ ]  Pbs respiratoires [ ]  Pbs alimentaires

Si oui, lesquels ?  ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Prenez-vous des médicaments ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ? …………………………………………………………………………………………………………………………………

Avez-vous des allergies (médicaments, latex, métaux, pollens, anesthésie etc.) ? [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ? …………………………………………………………………………………………………………………………………

Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? [ ]  oui [ ]  non Si oui, de combien ? ……………………….

Avez-vous des troubles de croissances ? : [ ]  oui [ ]  non

Avez-vous des troubles posturaux (ostéo articulaires, scoliose hyperlordose ?) : [ ]  oui [ ]  non

Port des semelles ? : [ ]  oui [ ]  non

Êtes-vous sujet aux problèmes ORL (Rhumes, sinusites, angines, otites) ? : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, lesquels ? …………………………………………………………………………………………………………………………………

[ ]  Ronflements [ ]  Apnées du sommeil [ ]  Difficultés respiratoires  [ ]  Maux de tête

[ ]  Grincement des dents [ ]  Douleurs particulières [ ]  Blocage des mâchoires [ ]  succion du pouce

Avez-vous des problèmes d’halène ?: [ ]  oui [ ]  non

Avez-vous les gencives qui saignent ? [ ]  oui [ ]  non quand ? …………………………………………………………….

Êtes- vous sujets aux maladies dentaires suivantes :

[ ]  Caries [ ]  Déchaussement ou mobilité dentaire

A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? : ………………………………………………………………….

Avez-vous déjà consulté un orthodontiste ? [ ]  oui [ ]  non

INFORMATIONS HYGIENES

Utilisez-vous une brosse à dent : manuelle [ ]  souple [ ]  medium [ ]  dure OU  [ ]  électrique

Utilisez-vous des dentifrices spécifiques ? [ ]  Blancheur [ ]  Charbon [ ]  spécial gencive

**Nous attirons votre attention sur l’importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.**

*Ces données médicales sont recueillies afin de vous proposer le meilleur traitement d’orthodontie possible et d’adapter notre conduite thérapeutique.*

**Fait à :**

**Date et signature :**