***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 :**