 **QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE**

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

***Merci de le ramener complété et accompagné du carnet de santé.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  | **Prénom :** |
| **Date de naissance :**  | Sexe : F / M  |
| Adresse : | E-mail : |
| Code Postal  | N° portable : |
| Ville : | Profession :  |
| Poids : kg | Taille : m  | N° Sécurité Sociale : |
| Caisse de SS :  | CMU / C2S : oui ☐ | Mutuelle :  |
| **Médecin Traitant :** | **Dentiste Traitant :** |
| **ORL :** | **Orthophoniste :** |
| **Podologue/Posturologue :** | **Ostéopathe :** |
| **Port de semelles :****Port de lunettes :** | **Psychomotricien / Ergothérapeute :****Psychologue :**  |
| Avez-vous utilisé utilisé la tétine ☐ dans l enfanceou succion des doigts /index ☐ ou pouce ☐ Jusqu’à quel âge ? ………………..ans | Déjà eu 1 traitement d’orthodontie :Nombre de semestres :Nom de l’orthodontiste :  |
| Fume Cigarettes : nbre …………./j Autre : | Ronge ses ongles :Stress ? :  |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Comment nous avez-vous été adressés ? [ ]  Dentiste [ ]  Médecin [ ]  Patient [ ]  Internet

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

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

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

[ ]  Grincement des dents [ ]  Douleurs particulières [ ]  Blocage des mâchoires

**Information hygiène**

Type de brosse à dent : manuelle : souple ☐ medium ☐ dure ☐ // électrique ☐ marque ? …………………..

Dentifrice fluoré ? : oui ☐ non ☐ marque ? ………………….. Blancheur ☐ Charbon ☐ Spécial gencive ☐ Soin complet ☐

Brossage : Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Brossette oui ☐ Fil dentaire ☐

Etes-vous sujet aux caries : oui ☐ non ☐ // Aux abcès ? : oui ☐ non ☐ // Déchaussement ou mobilité dentaire [x]

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Présentez-vous ou avez présenté ?** | **Lesquels + Dates :** | **OUI** | **NON** |
| **Des allergies ?****(respiratoires, alimentaires, médicaments, latex, métaux ….)** |  |  |  |
| **Problèmes ORL (otites angines etc…)** |  |  |  |
| **Des interventions chirurgicales :****drains, amygdales, végétations,****dents de sagesse…** |  |  |  |
| **Asthme** |  |  |  |
| **Diabète / Hypertension**  |  |  |  |
| **Epilepsie** |  |  |  |
| **Maladie virale (VIH, Hépatite B…)** |  |  |  |
| **Un(e) ou des pathologies :****ALD, cardiaques, pulmonaires, rénales, dermatologiques…** |  |  |  |
| **Un ou des troubles de la croissance, de la coagulation, hormonaux, ostéo-articulaires, neurologiques,** **rhumatisme articulaire aigü, ….**  |  |  |   |
| **Maladie héréditaire** |  |  |   |
| **Troubles alimentaires** |  |  |   |
| **Troubles posturaux ; mal de dos chronique ..** |  |  |  |
| **Un traumatisme (facial, dentaire ?)**Exemple : chute sur les dents de lait… |  |  |  |
| **Prenez-vous actuellement des médicaments** | **OUI** | **NON** |
| Lesquels et depuis combien de temps : |
| Avez-vous d’autres problèmes à nous signaler :  |

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

Le : Signature :