 **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 enfance  ou 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

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 :