

Questionnaire médical en vue d'un traitement orthodontique
à imprimer, remplir et remettre à votre première consultation (facultatif)

Nom : Prénom :
Âge : Date de naissance :
Courriel :
N° de sécurité sociale :
Comment avez-vous connu notre cabinet ?

Problèmes et maladies connues à ce jour (entourer les maladies concernées) :

Trouble ORL — Rhinite — Sinusite — Asthme — Hypertension — Hypotension — Diabète —
Maladie du système digestif — Maladie du système cardio-vasculaire — Troubles sanguins —
Déficit immunitaire (HIV) — Herpès — Troubles hormonaux — Épilepsie — Troubles oculaires —
Troubles cutanés — Cancer — Dépression — Troubles articulaires

Avez-vous eu des extractions dentaires ?
Problèmes lors d'extractions dentaires ?
Avez-vous subi une anesthésie dentaire ?
Cela a-t-il provoqué une réaction anormale ?
Avez-vous subi un traitement par radiothérapie ?
Avez-vous rencontré des problèmes de gencives ? Des saignements ? Des douleurs ?
Vos dents grincent-elles ?
Étés vous fumeur ?
Allergie ? Si oui, à quel allergène ?
Suivez-vous un traitement médical ?

Enfant/adolescent :

Rayez la mention inutile :

Votre enfant suce-t-il son pouce ou un doigt ?	Oui	Non
Votre enfant dort-il la bouche ouverte ?	Oui	Non
Votre enfant ronfle-t-il la nuit ?	Oui	Non
Votre enfant a-t-il un sommeil paisible ?	Oui	Non
A-t-il du mal à respirer la nuit ?	Oui	Non

Rhinopharyngites fréquentes ?
Les végétations ont-elles été enlevées ? Si oui, à quel âge ?
Les amygdales ont-elles été enlevées ? Si oui, quel âge ?
Traitement d'orthophonie ? Si oui, à quel âge ?
Traitement d'ostéopathie ?
Problème vertébral ?
Semelles orthopédiques ?
Traitement médical ?
Accidents éventuels concernant les dents :
Maladies éventuelles :
Opérations éventuelles :
Difficultés psychologiques ou autres ?