



Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Il est possible que nous envisagions ensemble un traitement bucco-dentaire pour votre enfant. Afin de le traiter dans les meilleures conditions et d'éviter d'éventuelles interactions, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avec beaucoup de précision. Certains médicaments ou opérations passées peuvent interférer ou altérer les résultats orthodontiques. Il est donc important de signaler sans restriction ses antécédents médicaux, en toute confidentialité.

Quel est le motif de votre consultation ?

Niveau scolaire de votre enfant :Place dans la fratrie :

Régularité du brossage (Nombre de fois par jour) :

Votre enfant présente :

- des troubles du sommeil liés à une anxiété oui non
- des ronflements oui non
- des apnées du sommeil oui non
- une succion du pouce ou d'un doigt oui non
- une succion de la tétine ou autres (doudou...) oui non
- un écoulement salivaire nocturne (oreiller imbibé de salive) oui non
- un rongement des ongles oui non
- une scoliose oui non
- le port de semelles orthopédiques oui non

Avez-vous déjà consulté ou votre enfant est-il en traitement chez :

Un Orthophoniste ? Pour quel motif / nom du praticien oui non

Un ORL ? Pour quel motif / nom du praticien oui non

Un Orthoptiste ? Pour quel motif / nom du praticien oui non

Votre fille est-elle réglée (si oui, date des 1ères règles) : oui non

Quel sport régulier pratique votre enfant :

Ce sport nécessite il le port d'un protège dent : oui non

Votre enfant joue-il d'un instrument à vent : oui non

Votre enfant a-t-il pris ou prend-il un traitement pour les os oui non

Votre enfant présente-il des allergies :

- Médicamenteuses, oui non
- Alimentaires, oui non
- Ou autre (préciser) oui non

Quelles interventions chirurgicales nécessitant une anesthésie locale ou générale votre enfant a-t-il déjà subi :

Votre enfant présente des maladies :

- du cœur oui non
- du foie oui non
- des reins oui non
- digestives oui non
- articulaire oui non
- hormonale (diabète ...) oui non
- des yeux oui non
- autres :

Votre enfant prend-il des médicaments par la bouche au moins une fois par semaine ?
Si oui, quel est le nom du traitement (en cas de doute, vérifiez sur l'ordonnance) :

Votre enfant a-t-il une piqûre une fois par mois, une fois par an ou deux fois par an ?
Si oui, quel est le nom du traitement (en cas de doute, vérifiez sur l'ordonnance) :

Fait à Montauban, le

Signature du patient ou parent responsable (pour les mineurs)