Cabinet d'orthodontie
du Docteur ROUGÉ
37 Rue de Cambrai
59540 CAUDRY

Dr ROUGE Emmanuel
Cabinet D'orthodontie

Questionnaire médical

à remplir avant la première consultation au cabinet

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES

M. / Mlle

Nom et prénom :..... Date de naissance : ..../..../.....

Nom des parents (ou du tuteur légal) :.....

Adresse complète :.....

Tél(s). : .....

Email :.....@.....

Médecin traitant / Tél. :.....

Numéro de sécurité sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? ☐ Parent ☐ Ami ☐ Docteur ☐ Internet ☐ Autre :.....

VOTRE ENFANT A-T-IL OU A-T-IL EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il des allergies connues (produits, médicaments) ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il une maladie ou un problème important dont nous devrions avoir connaissance afin de le soigner dans les meilleures conditions ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il un souffle au coeur ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant a-t-il été testé positif pour l'hépatite ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

Votre enfant exerce-t-il une activité physique régulière ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

HISTORIQUE DENTAIRE

Première visite chez le dentiste ?
☐Non ☐Oui Précisez la date de la dernière visite : .....

Lui a-t-on déjà fait des démonstrations d'hygiène dentaire ?
☐Non ☐Oui

Lui a-t-on déjà fait une radio dentaire ?
☐Non ☐Oui

A-t-il déjà été traité pour des caries ?
☐Non ☐Oui

Votre enfant a-t-il déjà reçu un traitement dentaire spécifique ?
☐Non ☐Oui Précisez : .....

A-t-il déjà suivi un traitement d'orthodontie ?
☐Non ☐Oui

Votre enfant est-il actuellement en cours de traitement orthodontique ?
☐Non ☐Oui Précisez le nom du praticien : .....

A-t-il déjà été anesthésié localement chez un dentiste ?
☐Non ☐Oui

Une dent de lait ou définitive a-t-elle déjà été extraite ?
☐Non ☐Oui

Est-ce que votre enfant mange ou boit régulièrement sucreries, soda et bonbons en dehors des repas ou du goûter ?
☐Non ☐Oui

Boit-il des sirops ou du soda à table ?
☐Non ☐Oui

S'est-il déjà cassé une ou plusieurs dents ?
☐Non ☐Oui

Utilise-t-il ou a-t-il déjà utilisé une sucette ?
☐Jamais ☐Journée et nuit ☐Phase d'endormissement ☐Terminée depuis l'âge de : .....

Votre enfant suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ?
☐Jamais ☐Journée et nuit ☐Phase d'endormissement ☐Terminée depuis l'âge de : .....

A quelle fréquence se brosse-t-il les dents ?
☐Matin et soir ☐Matin ☐Midi ☐Soir ☐Irrégulièrement

Votre enfant prend-il encore le biberon ?
☐Non ☐Oui Combien de fois par jour ? ..... En quelle quantité ? .....

Grince-t-il des dents ?
☐Non ☐Oui Précisez : ☐ éveillé ☐ endormi

Votre enfant ronfle-t-il ?
☐Non ☐Oui

Votre enfant pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?
☐Non ☐Oui Si oui, quoi ? .....

Autres remarques utiles ? .....

Je soussigné(e) ..... représentant légal de ....., atteste l'exactitude de ces informations.
En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales de .....,
je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date : Signature des parents ou du tuteur légal :