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

Dr ROUGE Emmanuel

Questionnaire médical à remplir avant la première

consultation au cabinet

Anti-inflammatoire : □Non □Oui

Autres :....

Remplissez le formulaire directement sur votre ordinateur en utilisant Acrobat et imprimez-le, ou imprimez-le et complétez-le à la main.	
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRIQUES	
Adresse complète : Profession : Tél. domicile / Tél. portable : Email : Médecin traitant / Tél. :	Date de naissance : / /
Qui vous a conseillé le cabinet dentaire ? □ Parent □ Ami □ Docteur □ Internet □ Autre :	
AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES [DE SANTÉ ?
 Anémie: □Non □Oui Epilepsie: □Non □Oui Rhumatisme: □Non □Oui Précisez: Glaucome: □Non □Oui Asthme: □Non □Oui Hépatite A, B ou C: □Non □Oui Précisez: Syncopes, vertiges: □Non □Oui Maladies cardiaques: □Non □Oui Précisez: Maladies cardiaques-valvulaires: □Non □Oui Précisez: Problèmes nerveux / psychiatriques: □Non □Oui Précisez: Tension artérielle: □Non □Oui Tuberculose: □Non □Oui Crise de tétanie: □Non □Oui Troubles sanguins / problèmes circulatoires: □Non □Oui Précisez: □Non □Oui Précisez: □Non □Oui 	 Troubles des reins : □Non □Oui Précisez: · Ulcère à l'estomac : □Non □Oui · Désordres hormonaux : □Non □Oui Précisez: · Problèmes tyroïdiens : □Non □Oui · Diabète : □Non □Oui · Troubles articulaires (pose de prothèse) : □Non □Oui Précisez: · Diminution de l'audition : □Non □Oui · Cancer : □Non □Oui Précisez: · Rhumes fréquents ou sinusites : □Non □Oui · Virus HIV : □Non □Oui · Virus HIV : □Non □Oui · Maladies sexuellement transissibles (MST) : □Non □Oui Précisez: · Maux de tête fréquents : □Non □Oui · Problèmes occulaires : □Non □Oui Précisez: · Autres maladies : □Non □Oui Précisez: · Autres maladies : □Non □Oui Précisez:
ALLERGIES CONNUES	
Aliments : □Non □Oui - Précisez : Pénicilline : □Non □Oui Aspirine : □Non □Oui Antibiotique : □Non □Oui	

Suflamides : □Non □Oui

Codéine : □Non □Oui Métal non précieux : □Non □Oui

lode et produits dérivés : □Non □Oui

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ ?	
Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois? Non Dui Précisez:	Avez-vous déjà été traité contre l'alcoolisme? Non Doui Date: Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de toxicomanie? Non Doui Type de drogue & fréquence Avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales autres que dentaires? Non Doui Opération & date: Etes-vous enceinte? Non Doui Accouchement le: Allaitez-vous? Non Doui
QUESTIONNAIRE DENTAIRE	
Dernière visite chez votre dentiste : □0-6 mois □6-12 mois □+ de 12 mois - précisez Actes effectués lors de votre dernière visite :	□Non □Oui Entendez-vous des craquements lorsque vous ouvrez la bouche? □Non □Oui Serrez-vous ou grincez-vous des dents? □Non □Oui Avez-vous déjà eu des prothèses articulaires? □Non □Oui
AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU LES TRAITEMENTS OU SOINS DENTAIRES SUIVANTS :	
Traitement des gencives : □Non □Oui Traitement d'orthodontie : □Non □Oui Pr Traitement de canal : □Non □Oui Obturations (réparations) : □Non □Oui	Couronnes ou ponts : □Non □Oui othèses complètes ou partielles : □Non □Oui Implants dentaires : □Non □Oui Autres - précisez : □Non □Oui
HISTORIQUE ORTHODONTIQUE :	
Etes-vous en cours de traitement d'orthodontie*? Si oui, pourquoi changez-vous de praticien?	
Je soussigné(e), atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de mon état de santé et/ou des prescriptions médicales, je m'engage à en informer mon chirurgien-dentiste.	

Date: Signature du patient: