



QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT ADULTE – CONFIDENTIEL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous demandons de bien vouloir remplir ce document avec précision en cochant la bonne réponse.

Nom et Prénom du patient: _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N°SS : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse email* : @ _____

Caisse d'Assurance Maladie : 78 91 92 CNMSS ou autres : _____

Mutuelle complémentaire : C2S (=CMU) : oui non

Dentiste (nom, prénom, ville) : _____

Dernière visite de contrôle : _____

Avez-vous des soins dentaires en cours : _____

Qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez nous ? _____

1. AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU UNE OU PLUSIEURS DES AFFECTIONS SUIVANTES :

Maladie(s) chronique(s) Problème(s) cardiaque(s) Maladie(s) infectieuse(s)

Accident(s) Asthme Diabète HIV/Hépatite

Avez-vous quelque chose de particulier dont vous souhaitez nous informer ? _____

2. SOMMEIL

Ronflement Oui Non Apnées du Sommeil Oui Non Bruxisme Oui Non

Réveils nocturnes fréquents Oui Non Votre sommeil vous semble-t-il réparateur Oui Non

3. AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UN TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ?

Si oui, de quel type ? _____

Avez-vous suivi une rééducation orthophonique ? Oui Non

Une personne de la famille a-t-elle les mêmes déformations ? Oui Non

4. PROBLEMES VERTEBRAUX

Problème de dos ou de nuque Oui Non Semelle orthopédiques Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : _____

5. DIVERS

Allergie : Oui Non Si oui : médicaments / métaux / pollens / latex / Autres : _____

Opérations au cours des deux dernières années : Oui Non

Si oui, motif : _____

Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies : Oui Non

Avez-vous eu des saignements prolongés suite à des interventions ou blessures Oui Non

Accidents, chutes : Oui Non Si oui, lesquels : _____

Suivez-vous un traitement médical ? Oui Non

Si oui, lequel et depuis combien de temps ? _____

Avez-vous eu un traitement suivant : Oui Non

Chirurgie cardiaque Dialyse Greffe Radiothérapie Chimiothérapie Anticoagulants Biphosphonates

Consommez-vous régulièrement :

Thé/Café Sodas/sucreries Alcool Cigarette (Nbr par jour : ...) Cannabis ou autres drogues

Etes-vous ou supposez-vous être enceinte ? Oui Non

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.
En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me prendra en charge.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom : _____

Téléphone : _____

*L'adresse email fournie est utilisée(s) ç des fins internes pour vous contacter, vous envoyer les rappels de rendez-vous etc...

Si vous ne souhaitez pas être contacté par email, veuillez cocher la case

Date : Signature:
