



## 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.

Date : Signature:
----------------------

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

\*L'adresse email fournie est utilisée 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