DANIEL GODIN

ORTHODONTISTE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Les renseignements suivants sont essentiels pour vous assurer le meilleur traitement possible. S'il vous plaît, veuillez répondre à toutes les questions. Cette feuille fait partie de votre dossier et le contenu est confidentiel. Merci!

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom du patient:_____ Prénom:_____ Sexe: M ☐ F ☐

Date de naissance:_____ Âge: ans mois

Référé par: _____

HISTOIRE DENTAIRE

Nom de votre dentiste actuel: _____

Dernier rendez-vous: ☐ 0-6 mois ☐ 6-12 mois ☐ +12 mois

Nombre de radiographies depuis deux ans: _____

Avez-vous déjà eu un accident à la tête ou au visage? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà subi un traumatisme dentaire (fracture, coup sur les dents)? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà subi une opération au visage, à la tête, aux maxillaires, à la bouche? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà eu recours à des traitements d'orthodontie? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà fait extraire des dents pour raison d'orthodontie? ☐ oui ☐ non

Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche très grande? ☐ oui ☐ non

Est-ce que vos mâchoires "craquent"? ☐ oui ☐ non

Avez-vous les dents sensibles? ☐ oui ☐ non

HABITUDES ORALES (Cocher les habitudes que vous avez ou avez déjà eues)

Succion du pouce	☐ oui ☐ non	Contraction des mâchoires	☐ oui ☐ non
Rongement des ongles	☐ oui ☐ non	Mordillement des lèvres	☐ oui ☐ non
Propulsion de la langue	☐ oui ☐ non	Grincement des dents	☐ oui ☐ non
Trouble de la diction	☐ oui ☐ non	Respiration buccale	☐ oui ☐ non

Autres : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Nom de votre médecin de famille: _____

Date du dernier examen médical: _____

Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? ☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi? _____

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels? _____

Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? ☐ oui ☐ non

Si oui, pourquoi? _____

Avez-vous déjà fait une réaction allergique à un médicament, aliment, nickel, latex? ☐ oui ☐ non

Autres allergies : _____

Femmes: Êtes-vous enceinte? ☐ oui ☐ non

Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle? ☐ oui ☐ non

Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:

Troubles cardiaques	☐ oui ☐ non	I.T.S.	☐ oui ☐ non
Fièvre rhumatismale, endocardite	☐ oui ☐ non	Diabète	☐ oui ☐ non
Saignements anormaux	☐ oui ☐ non	Troubles thyroïdiens	☐ oui ☐ non
Anémie	☐ oui ☐ non	Maladie de la peau	☐ oui ☐ non
Pression haute ☐ basse ☐	☐ oui ☐ non	Problèmes oculaires	☐ oui ☐ non
Rhumes fréquents ou sinusites	☐ oui ☐ non	Arthrite	☐ oui ☐ non
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	☐ oui ☐ non	Épilepsie	☐ oui ☐ non
Asthme	☐ oui ☐ non	Maux de tête fréquents	☐ oui ☐ non
Ablation des amygdales, végétations	☐ oui ☐ non	Rhumes des foins	☐ oui ☐ non
Porteur du virus du SIDA	☐ oui ☐ non	Étourdissement, évanouissement	☐ oui ☐ non
Problèmes d'ordre émotionnel	☐ oui ☐ non	Toux persistante	☐ oui ☐ non
Troubles digestifs	☐ oui ☐ non	Mononucléose	☐ oui ☐ non
Troubles rénaux	☐ oui ☐ non	Traitements radiations/tumeurs	☐ oui ☐ non

Autres informations médicales ou dentaires : _____

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris et répondu au questionnaire au meilleur de ma connaissance.

Signature:_____ Date: _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____

RÉVISION MÉDICALE

Date: _____

Changement (s) : _____

Signature : _____