



### 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? \_\_\_\_\_

