

DANIEL GODIN



ORTHODONTISTE
SPÉCIALISTE CERTIFIÉ

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 foies	___ 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
TSA (Autisme)	___ oui ___ non	TED, TDA, TDAH ou autres	___ 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 : _____

Révision médicale

Date : _____

Changement(s) : _____

Signature : _____

Révision médicale

Date : _____

Changement(s) : _____

Signature : _____