



Cabinet d'Orthodontie

SAINT OUEN SUR SEINE

Dr Daniel BOUHNİK

Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale

Ancien interne des hôpitaux de Paris VII

Orthodontie de l'enfant et de l'adulte

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire avec précision.

Nom Prénom : Age : Sexe F/M :
Date de naissance : Adresse mail :
Adresse Postale :
Tel Portable :
Profession : Nom et coordonnées du Médecin traitant :
Noms et Prénoms des représentants Légaux :
Tel Mère : Tel Père :

Le patient suit-il un traitement ? Non Si oui, pour quelles raisons ?

Le patient prend-il des médicaments ? Non Si oui, lesquels ?

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé ? Non Si oui, pour quelle raison ?

La patiente est-elle enceinte ? Non Oui Nombre de mois :

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des (si oui, cochez et précisez)

Pathologie chronique ou ALD	<input type="checkbox"/>	Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>
Maladie héréditaire/ congénitale	<input type="checkbox"/>	Anémie	<input type="checkbox"/>
Trouble de la croissance	<input type="checkbox"/>	Troubles hormonaux (thyroïdien, ou autres)	<input type="checkbox"/>
Maladie osseuse	<input type="checkbox"/>	Troubles alimentaires	<input type="checkbox"/>
Troubles posturaux	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Troubles ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/>	Pathologie pulmonaire (asthme)	<input type="checkbox"/>
Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	Maladie du système immunitaire	<input type="checkbox"/>
Pathologie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	Maladie virale (Herpes, VIH, Hépatite C)	<input type="checkbox"/>
Pathologie rénale	<input type="checkbox"/>		

Autre pathologie dont nous devrions être informés ?

Le patient est-il sujet à des problèmes ORL ? Ronflements nocturnes

Apnées du sommeil Difficultés respiratoire

Autres :

Le patient a-t-il été opéré des : Amygdales Végétations

QUESTIONNAIRE DENTAIRE

Nom et coordonnées du **dentiste traitant** :

Le patient a-t-il subi un **traumatisme** : facial dentaire

Le patient souffre-t-il de :

Saignements des gencives Sensibilités dentaires

Claquement articulaire Douleurs des muscles de la face

Cabinet d'orthodontie du Dr Daniel BOUHNİK

63 rue Albert Dhalenne – 93400 Saint Ouen Sur Seine – 01.84.21.02.22

Email : dr.bouhnik.orthodontie@gmail.com

Grincement des dents

Eruption dentaire très précoce ou tardive ?

Extractions de dents de lait ? De dents permanentes ? Prothèse dentaire ?

Dents ébréchées ou fracturées ? Traitement fluoré ? Si oui, lequel ? (gouttes, comprimés...)

Succion du pouce, sucette, doudou ? Jusqu'à quel âge ?

Ronge-t-il ses ongles (onychophagie) ?

Conscience de dents trop en avant/ arrière/ serrées/ espacées/ « tordues » ?

Quel est le **motif de consultation** ?

Un contrôle ? Un souci esthétique ?

Un souci fonctionnel ? Une douleur ?

Autre motif

Quelqu'un de la famille a-t-il déjà eu besoin d'un traitement orthodontique ?

Si oui, qui et pour quel motif ?

Le patient a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ?

Si oui, combien de semestres ?

Type d'appareil : Amovible (palais) Fixe (bagues)

Des dents ont-elles été extraites à la demande de l'orthodontiste ?

Le patient pratique-t-il un **sport régulier** ? Non Oui lequel?

Le patient joue-t-il d'un **instrument à vent** ? Non Oui lequel?

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Dentiste Ami Famille Ecole

Internet Annuaire Autre :

Je certifie l'exactitude des renseignements reportés sur ce questionnaire et m'engage à signaler au praticien tout élément d'information nouveau ou important ne figurant pas sur la présente fiche.

Date : _____

Signature du patient, ou du responsable légal si patient mineur :

Ce cabinet dentaire dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre chirurgien-dentiste*. *Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Cabinet d'orthodontie du Dr Daniel BOUHNİK

63 rue Albert Dhalenne – 93400 Saint Ouen Sur Seine – 01.84.21.02.22

Email : dr.bouhnik.orthodontie@gmail.com
