Questionnaire médical Adulte
(à remplir soit avant votre rendez-vous soit en arrivant au cabinet )

Nom : ……………………………… Prénom : ……………………....

Date de naissance : .... / …. / ……

Adresse : ………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

Tél : …………………….

Adresse e-mail : …………....................@................................................................................

Profession : ………………………………………………………………………………

Suivi médical

Nom du dentiste traitant : …………………………………………………………………

Date du dernier examen : …. / …. / ……

Soins en cours ? OUI / NON
Si oui lesquels : ……………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………..
Antécédents de traitement orthodontique ? Quel type, à quel âge ?....................................

Antécédents de traitement d’orthophonie ?.........................................................................
Etat de santé générale : …………………………………………………………………...

Maladies/Hospitalisation récente ?......................................................................................

Êtes-vous fumeur ? Combien de cigarettes par jour ?.........................................................

Êtes-vous diabétique ?.........................................................................................................

Dépistage sanguin : (HIV, hépatite…)……………………………………………………

Troubles des articulations temporo-mandibulaire ? (douleurs, craquements, blocage ?)………………………………………………………………………………….

Bruxisme ? (Si oui, port d’une gouttière nocturne ?) ……………………………………..

Problèmes ORL ? (antécédent d’ablation des amygdales/végétations ? Asthme ? troubles
de la ventilation nasale ?) ………………………………………………………………….

Troubles du sommeil ? (ronflements ? apnées du sommeil ?) …………………………….

Allergies (alimentaire/médicamenteuse) ? ………………………………………………..

Existe-t-il un traitement médicamenteux en cours ? ………………………………………

Motif de consultation

Esthétique ? OUI / NON et/ou Fonctionnel ? OUI/ NON

………………………………… …………………………….

………………………………… …………………………….

Comment avez-vous connu le cabinet ?

* Adressé par un confrère. Si oui lequel ? …………………………………………
* Recommandé par une connaissance
* Internet
* Autre : ……………………………………………………………………………

En remplissant le questionnaire, j'atteste l’exactitude de ce document et n’avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant l’état de santé et les prescriptions médicales de l’enfant (notamment dans les 14 jours précédent ma visite : fièvre, difficultés respiratoires… ).

Date : …. / …. / …… A : …………………… Signature :