



**Gwenaëlle SEBILLE KERNAUDOUR**  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Spécialiste qualifiée en Orthopédie Dento-Faciale

Date :

N° Dossier :

## QUESTIONNAIRE MEDICAL & ADMINISTRATIF

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

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel.

PATIENT(E)			
Nom & Prénom			
Date de naissance	Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse			
Ville	Code postal		
Tél. Domicile	Tél. Portable		
E-mail			
Profession / Ecole	(En classe de)		
MOTIVATIONS			
Motif de consultation :			
Bénéfices attendus du traitement s'il est nécessaire:			
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRE SUR LE (LA) PATIENT(E)			
Poids (si -16 ans)	Taille (si -16 ans)		
Responsable des honoraires	<input type="checkbox"/> Patient lui-même <input type="checkbox"/> Représentant légal <b>1</b>		

REPRESENTANT LEGAL 1		<input type="checkbox"/> Le père <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> .....	
Nom & Prénom			
Adresse (si différente)			
Ville	Code postal		
Tél. Domicile (si diff.)	Tél. Portable		
Tél. Travail	( Profession )		
E-mail			
REPRESENTANT LEGAL 2		<input type="checkbox"/> Le père <input type="checkbox"/> La mère <input type="checkbox"/> .....	
Nom & Prénom			
Adresse (si différente)			
Ville	Code postal		
Tél. Domicile (si diff.)	Tél. Portable		
Tél. Travail	( Profession )		
E-mail			

SITUATION FAMILIALE <i>PATIENT ENFANT</i>		<input type="checkbox"/> Parents en couple <input type="checkbox"/> Parents isolés	
		<input type="checkbox"/> Père ou mère décédé(e)	
Nombre de frère(s) & sœur(s)	Rang dans la fratrie		
ASSURANCES		<input type="checkbox"/> Patient lui-même	
		<input type="checkbox"/> Représentant légal <b>1</b> <input type="checkbox"/> Représentant légal <b>2</b>	
N° d'immatriculation sécurité sociale			
Régime de sécurité sociale	<input type="checkbox"/> CPAM (ville) ..... <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre .....		
Mutuelle	Avez-vous la CMU ou l'ACS ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du DENTISTE traitant	Nom du MEDECIN traitant		
Dernière visite chez le dentiste*	Notre cabinet vous a été recommandé par		

\* = Date approximative

Mai du 18/11/2020

.../...

HISTORIQUE MEDICAL DU PATIENT		<i>Si oui : cochez et précisez</i>
S'il s'agit d'une fille de moins de 16ans, est-elle réglée ? et depuis quand ?	<input type="checkbox"/>	.....
A-t-il actuellement des problèmes de santé ?	<input type="checkbox"/>	.....
Prend-il des médicaments, fume-t-il ?	<input type="checkbox"/>	..... <input type="checkbox"/> fumeur
Présente-t-il souvent des infections, rhumes, maux de gorge, otites, angines, etc. ?	<input type="checkbox"/>	.....
Présente-t-il des troubles de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	.....
Présente-t-il des problèmes influençant sa posture (lordose, pieds plats, autre) ?	<input type="checkbox"/>	.....
A-t-il été opéré ?	<input type="checkbox"/>	des amygdales <input type="checkbox"/> des végétations <input type="checkbox"/> paracentèse
A-t-il d'autres antécédents chirurgicaux ?	<input type="checkbox"/>	.....
Souffre-t-il des affections suivantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Syncopes <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Syndrome(.....) <input type="checkbox"/> Pbs Sanguins <input type="checkbox"/> Pbs Rénaux <input type="checkbox"/> Pbs Psychologiques <input type="checkbox"/> Pbs Nerveux (épilepsie , paralysie,.....) <input type="checkbox"/> Pbs respiratoires <input type="checkbox"/> Pbs d'alimentation <input type="checkbox"/> Autres : .....
A-t-il déjà eu de graves réactions allergiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Métaux <input type="checkbox"/> Graminées <input type="checkbox"/> Poils d'animaux <input type="checkbox"/> Acariens <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autres.....
Est-il suivi par un allergologue ? (désensibilisation ou traitement en cours)	<input type="checkbox"/>	Dr .....

HISTORIQUE FONCTIONNEL DU PATIENT		<i>Si oui : cochez et précisez</i>
A-t-il déjà été soigné en orthodontie ?	<input type="checkbox"/>	Dr.....
Est-il actuellement suivi par un autre spécialiste ?	<input type="checkbox"/>	Orthophoniste : ..... Ostéopathe : ..... Podologue : ..... ..... : Dr.....
A-t-il des difficultés à :	<input type="checkbox"/>	Mastiquer <input type="checkbox"/> Respirer <input type="checkbox"/> Avaler <input type="checkbox"/> Parler ?
Mange-t-il la bouche ouverte ?	<input type="checkbox"/>	.....

Concernant le sommeil :	<input type="checkbox"/>	Des nuits agitées <input type="checkbox"/> Bave la nuit <input type="checkbox"/> Transpiration
Ronge-t-il ses ongles ?	<input type="checkbox"/>	.....
Se mordille-t-il les joues ?	<input type="checkbox"/>	.....
Suce-t-il ?	<input type="checkbox"/>	Doigt <input type="checkbox"/> Tissu <input type="checkbox"/> Objet (stylos)..... <input type="checkbox"/> Actuellement ou <input type="checkbox"/> Précédemment
A-t-il subi des traumatismes ?	<input type="checkbox"/>	Crâne <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Dents date .....
Souffre-t-il régulièrement de maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	.....
Présente-t-il des douleurs au niveau ?	<input type="checkbox"/>	de la face <input type="checkbox"/> du cou <input type="checkbox"/> des épaules
Ses mâchoires se bloquent-elle ?	<input type="checkbox"/>	.....

HISTORIQUE DENTAIRE DU PATIENT		<i>Si oui : cochez et précisez</i>
A-t-il des abcès de la gencive ?	<input type="checkbox"/>	.....
Saigne-t-il des gencives en se brossant les dents ?	<input type="checkbox"/>	.....
Est-t-il sujet aux caries ?	<input type="checkbox"/>	.....
Mange-t-il régulièrement des sucreries (bonbons, sodas) ?	<input type="checkbox"/>	.....
Quand se brosse-t-il les dents ?	<input type="checkbox"/>	Après le petit déjeuner <input type="checkbox"/> Après le repas du midi <input type="checkbox"/> Avant d'aller se coucher <input type="checkbox"/> Très irrégulièrement
Utilise-t-il une brosse à dent ?	<input type="checkbox"/>	Dure <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Electrique
Utilise-t-il parfois un révélateur de plaque ?	<input type="checkbox"/>	.....
A-t-il déjà eu un SEALANT (vernis de protection des dents) ?	<input type="checkbox"/>	.....
Pense-t-il que quelque chose ne va pas avec ses dents ?	<input type="checkbox"/>	.....
Lors de ses précédentes visites chez le dentiste, a-t-il rencontré des difficultés particulières ?	<input type="checkbox"/>	.....

J'atteste l'exactitude de ce document et je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales.

Fait à : .....

Le : .....

Nom et prénom : .....

**SIGNATURE :**

Mai du 18/11/2020