

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF & MÉDICAL

Adulte

À remplir avant le RDV d'empreintes

Pour remplir ce questionnaire, vous pouvez :

- Soit le compléter directement sur votre ordinateur et l'envoyer par mail
- Soit l'imprimer, le compléter à la main et le ramener au cabinet lors du prochain RDV

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. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Renseignements généraux

Prénom et Nom du patient :

Sexe : M F Date de naissance du patient :

Adresse :

CP : _____ Ville :

Tél. : Portable :

Email :@.....

Nom de la caisse de sécurité sociale de l'assuré :

N° de sécurité sociale :

Bénéficiaire de l'ACS ? Non Oui Si oui, ACS Social A B C

Bénéficiaire de la CMU ? Non Oui Bénéficiaire de la MGEN ? Oui Non

Qui vous a conseillé le cabinet ? Dentiste Parent Ami Médecin traitant Internet

Autre :

Renseignements médicaux

Médecin traitant : Ville :

Prenez-vous un traitement médicamenteux ou en avez-vous déjà pris un au cours des 6 derniers mois ?

Non Oui, précisez :

Le patient a-t-il été opéré ... ? Des amygdales Des végétations De paracenthèse

Le patient a-t-il subi ? Un traumatisme facial Un traumatisme dentaire

Avez-vous ou avez-vous déjà eu un des problèmes de santé suivants ?

Maladie héréditaire : Non Oui Maladie virale : Non Oui

Troubles alimentaires : Non Oui Asthme : Non Oui

Troubles de la coagulation : Non Oui Rhumatisme articulaire aigu : Non Oui

Troubles de croissance : Non Oui Epilepsie : Non Oui

Troubles hormonaux : Non Oui Pathologie cardiaque : Non Oui

Troubles neurologiques : Non Oui Pathologie chronique ou affection

Troubles ostéo-articulaires : Non Oui de longue durée : Non Oui

Troubles de postures : Non Oui Pathologie pulmonaire : Non Oui

Diabète : Non Oui Pathologie rénale : Non Oui

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des cases ci-dessus, merci de préciser :

Problèmes ORL (sinusite, angine, otite, rhumes, difficultés respiratoires, ronflements) :

Non Oui, précisez :

Autre(s) maladie(s) :

Avez-vous ou avez-vous eu des allergies connues ?

Latex : Non Oui
Anti-inflammatoire : Non Oui, précisez :
Antibiotique : Non Oui, précisez :
Médicaments : Non Oui, précisez :
Aliments : Non Oui, précisez :
Autre(s) :

Codéine : Non Oui
Pollen : Non Oui
Résine : Non Oui
Métaux : Non Oui

Questionnaire dentaire

Dentiste traitant : Ville :

Dernière visite chez votre dentiste : Moins de 6 mois
 Entre 6 et 12 mois
 Plus de 12 mois

Vos dents de sagesse ont-elles été extraites ? Non Oui

Vos gencives saignent-elles fréquemment ? Non Oui

Avez-vous réalisé une radio de vos dents depuis moins de 3 ans ? Non Oui

Merci de ramener la dernière radio effectuée, dans la mesure du possible

Avez-vous déjà reçu les traitements ou soins dentaires suivants ?

Traitement des gencives : Non Oui
Traitement d'orthodontie : Non Oui
Traitement de canal : Non Oui
Obturations (réparations) : Non Oui

Couronnes ou ponts : Non Oui
Prothèses complètes ou partielles : Non Oui
Implants dentaires : Non Oui
Autre(s) :

Historique orthodontique

Êtes-vous en cours de traitement d'orthodontie* ? Non Oui

**Attention, si votre traitement a été initié par un autre chirurgien-dentiste, n'oubliez pas d'apporter votre dossier orthodontique lors du premier rendez-vous.*

Si oui, pourquoi changez-vous de praticien ?

Nom du précédent praticien :

Avez-vous déjà reçu un traitement orthodontique ? Non Oui

Fait à Cambrai, le

Je, soussigné(e),
atteste l'exactitude de ces informations.

En cas de modifications de mon état de santé, des prescriptions médicales et/ou de mes coordonnées, je m'engage à informer le cabinet du docteur Bodart.

Signature du patient

18 bis rue de Péronne, 59 400 CAMBRAI

Docteur Christophe BODART

C.E.C.S.M.O. - Spécialiste qualifié en orthopédie-dento-faciale

Tél : 03.27.83.14.48.

Mail : docteurbodart@wanadoo.fr