

# QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE

(Strictement confidentiel, ce questionnaire est à remplir avant la première consultation au cabinet)

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Mr  Mme Nom \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. domicile: \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale:                  
Régime : général /autre \_\_\_\_\_ Mutuelle :  Oui  Non \_\_\_\_\_ CMU :  Oui  Non \_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu le cabinet :  
 Famille/Ami  Chirurgien-dentiste  Pages jaunes  Internet  Autre (Préciser) \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS MEDICALES

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg Tension artérielle : \_\_\_\_\_  
Nom et coordonnées du médecin traitant: \_\_\_\_\_

### Antécédents médicaux et chirurgicaux : cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez, précisez lesquels et depuis combien de temps

Pathologies générales : \_\_\_\_\_  
 Maladie héréditaire ou congénitale : \_\_\_\_\_  
 Maladie auto-immune : \_\_\_\_\_  
 Pathologies cardiovasculaires : \_\_\_\_\_  
 Cancer : \_\_\_\_\_  
 Troubles rénaux : \_\_\_\_\_  
 Troubles digestifs : \_\_\_\_\_  
 Troubles broncho-pulmonaires : \_\_\_\_\_  
 Troubles sanguins ou anomalie de la coagulation : \_\_\_\_\_  
 Troubles Hormonaux (thyroïde, autre) : \_\_\_\_\_  
 Diabète (Type I ou II, précisez s'il est équilibré) : \_\_\_\_\_  
 Troubles hépatiques (si hépatite, précisez A, B ou C, autres) : \_\_\_\_\_  
 VIH : \_\_\_\_\_  
 Herpès buccal : \_\_\_\_\_  
 Troubles alimentaires (anorexie, boulimie) : \_\_\_\_\_  
 Troubles nerveux (épilepsie, anxiété) : \_\_\_\_\_  
 Crises de tétanie : \_\_\_\_\_  
 Dépression : \_\_\_\_\_  
 Allergies (médicaments, métaux, latex, pollen, iode, alimentaire, autre) : \_\_\_\_\_  
 Malaise vagal fréquent : \_\_\_\_\_  
 Problèmes osseux et articulaires / ostéoporose : \_\_\_\_\_  
 Autres maladies :  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_  
 ORL : amygdalectomie (retrait des amygdales) / adénoïdectomie (retrait des végétations) / aérateurs / apnées du sommeil / Otites /  
angines / bronchites / asthme / autres \_\_\_\_\_  
 Corrections auditives ou visuelles (Précisez) : \_\_\_\_\_  
 Posture et déséquilibre : dos / nuque / hanches / jambes / pieds : \_\_\_\_\_  
 Accidents et traumatismes : \_\_\_\_\_ A quel âge? \_\_\_\_\_  
 Opérations : \_\_\_\_\_ A quel âge? \_\_\_\_\_  
 Traitements / Médicaments : \_\_\_\_\_

Etes vous enceinte ?  Oui  Non  Peut-être Si oui nombre de semaines : \_\_\_\_\_ Allaitiez-vous ?  Oui  Non \_\_\_\_\_

Consultation précédente chez un orthophoniste ? Nom et adresse du praticien ? \_\_\_\_\_  
 Consultation précédente chez un ostéopathe ? Nom et adresse du praticien ? \_\_\_\_\_  
 Mode de naissance (Précisez: voie basse, césarienne, forceps, prématurité) : \_\_\_\_\_

### Antécédents dentaires et orthodontiques : cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez.

Chirurgien dentiste traitant : \_\_\_\_\_ Date du dernier examen dentaire : \_\_\_\_\_  
 Choc, chutes, traumatisme dentaire, à quel âge ? \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique ?  Oui  Non A quel âge ? \_\_\_\_\_ Nom de l'orthodontiste : \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà eu des anesthésies dentaires ?  Oui  Non ; Si oui réactions particulières ? \_\_\_\_\_  
Motif de Consultation : \_\_\_\_\_

**Hygiène, habitudes de vie et antécédents parafunctionnels :** cochez les cases correspondantes, entourez ou annotez.

Nombre de brossage des dents par jour :  0 ;  1 ;  2 ;  3 ;  + de 3

Brosse à dents :  Manuelle  Electrique

**Parodontie :**

Avez-vous les dents qui bougent ?  Oui  Non ;

Avez-vous une sensation de « mauvaise haleine » ?  Oui  Non ;

Avez-vous des saignements au brossage ?  Oui  Non ; Y a-t-il es cas de déchaussement dans votre famille ?  Oui  Non ;

**Habitudes de vie :**

Consommation journalière de (Précisez les quantités consommées par jour) :

Thés : \_\_\_\_\_ ; Cafés : \_\_\_\_\_ ; Boissons alcoolisées : \_\_\_\_\_ ; Sucreries, bonbons : \_\_\_\_\_ ; Sodas : \_\_\_\_\_

Tabac ?  Oui  Non Si oui, depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_ Combien de cigarettes/jour ? \_\_\_\_\_

Antécédent de succion de doigts ou d'une tétine :  Oui  Non Jusque quel âge ? \_\_\_\_\_

Succion des lèvres, joues, langue (tétouillage ?) \_\_\_\_\_

Onychophagie (ongles rongés) ?  Oui  Non

Sports pratiqués : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Instruments de musique : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

**Esthétique :**

Hésitez-vous à sourire ?  Oui  Non ; Si oui pourquoi : \_\_\_\_\_

Trouvez-vous la couleur de vos dents :  Trop claire  Normale  Trop foncée ou trop jaune

Avez-vous déjà fait un éclaircissement dentaire ?  Oui  Non ; Souhaitez-vous éclaircir vos dents ?  Oui  Non

Avez-vous une préoccupation esthétique spécifique ? \_\_\_\_\_

**Sommeil et Apnée du Sommeil :**

Dormez vous bien la nuit ? \_\_\_\_\_

Réveils nocturnes fréquents  Fatigue au réveil  Ronflements  Oreiller mouillé au réveil  Autre : \_\_\_\_\_

Grincez-vous des dents la nuit (Bruxisme) ?  Oui  Non ; Etes-vous fatigué la journée ?  Oui  Non

Ronflez-vous en dormant ?  Oui  Non ; Songez-vous à régler le problème avec le port d'une orthèse ?  Oui  Non

Avez-vous déjà fait diagnostiquer votre risque d'apnée du sommeil ?  Oui  Non ; Si oui, quel est-il ? \_\_\_\_\_

Dans le cadre de mon traitement, j'autorise le Dr Marie DOCO à prendre des photographies, à les transmettre aux prothésistes de son choix et à les utiliser de manière anonyme dans des articles ou publications médicales ou scientifiques qui pourront être publiées sur le média de son choix.

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement ainsi que de mettre à jour vos informations administratives en cas de changements.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude et de l'exhaustivité des renseignements portés sur ce questionnaire médical.

PATIENT

Lu et Approuvé

Date et Signature

**EXAMEN CLINIQUE**

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Exo-buccal : \_\_\_\_\_

Endo-buccal : \_\_\_\_\_

HBD :  correcte  à améliorer  incompatible avec l'ODF

Parodonte / freins / langue : \_\_\_\_\_

Couloir aéro-pharyngé : \_\_\_\_\_

Soins en bouche : \_\_\_\_\_

Occlusion statique	Transversal	Vertical	Sagittal
Incisives			
Canines			
Molaires			

Occlusion dynamique :  Proglissement  Latérodéviation

ATM :  Claquement  Craquement  Autre \_\_\_\_\_