Dr Antoine Soubrié
ORTHODONTIE

PREMIÈRE CONSULTATION · ENFANT ET ADOLESCENT

Questionnaire médical

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique. Merci de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

1 Le patient

Nom et prénom du patient

Date de naissance

Sexe

☐ F ☐ M

Nom et prénom des responsables légaux du patient

Date approximative de la dernière visite médicale

Nom du médecin traitant

2 Antécédents *si oui, cochez et précisez*

- ☐ Pathologie chronique ou affection de longue durée
- ☐ Troubles de la croissance
- ☐ Troubles ostéo-articulaires
- ☐ Troubles neurologiques
- ☐ Pathologie cardiaque
- ☐ Troubles de la coagulation
- ☐ Troubles alimentaires
- ☐ Maladie virale
- ☐ Asthme
- ☐ Maladie héréditaire
- ☐ Troubles posturaux
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu
- ☐ Épilepsie
- ☐ Pathologie rénale
- ☐ Troubles hormonaux
- ☐ Diabète
- ☐ Pathologie pulmonaire

Poids

Taille

Date des premières règles

Dr Antoine Soubrié
ORTHODONTIE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL · SUITE

3 Allergies

Le patient est-il allergique ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Médicaments
☐ Latex
☐ Autres allergies
☐ Métaux
☐ Pollens

4 Sphère ORL

Le patient est-il sujet à :

☐ Rhumes ☐ Sinusites ☐ Angines ☐ Otites ☐ Ronflements nocturnes
☐ Difficultés respiratoires

☐ Autres problèmes ORL

Le patient a-t-il été opéré :

☐ des amygdales ☐ des végétations ☐ d'une paracentèse

5 Traumatismes et traitements

☐ Traumatisme facial
☐ Traumatisme dentaire

Le patient prend-il actuellement des médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels et depuis combien de temps ?

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date

Signature

Dr Antoine Soubrié
ORTHODONTIE

PREMIÈRE CONSULTATION · ENFANT ET ADOLESCENT

Questionnaire administratif

Ces informations nous permettent de constituer votre dossier et d'établir les documents de prise en charge. Merci de compléter toutes les rubriques.

1 Le patient

Nom

Prénom

Date de naissance

2 Coordonnées

Adresse

Code postal et ville

Téléphone domicile

Téléphone portable

Téléphone bureau

Adresse email

3 Suivi dentaire

Chirurgien-dentiste habituel

Adressé(e) par

4 Assurance maladie et mutuelle

Nom de l'assuré dont dépend l'enfant

N° de sécurité sociale

Date de naissance de l'assuré

Caisse de sécurité sociale et adresse

Mutuelle