

# QUESTIONNAIRE MEDICAL O.D.F.

Document confidentiel soumis au secret médical

**NOM** du Patient : .....

**Prénom** du Patient : .....

Age : ..... Niveau scolaire : .....

Sexe : ..... F  M

N° de téléphone : .....

## Nom et Téléphone du médecin et dentiste traitant /

.....  
Pour quelles raisons désirez-vous un traitement d'orthodontie ?  
.....

	Votre enfant a-t-il des problèmes de santé?	OUI	NON
	Trouble du rythme cardiaque		
CARDIO	Souffle cardiaque		
	Malformation cardiaque opérée ou non		
	Perte de connaissance		
PNEUMO	Asthme		
RHUMATO	Rhumatisme articulaire aïgu		
HEPATO	Hépatite virale A - B - ou C ?		
NEURO	Epilepsie		
ENDOCRINO	Diabète		
	Si oui, est-il suivi?		
	Son diabète est-il équilibré?		
HEMATO	Hémophilie		
	Saigne-t-il beaucoup après piqûre ou coupure ?		
PHARMACO	Prend-il des médicaments ? Lesquels ?		
AUTRES	A-t-il eu un cancer (rayons, chimio) ?		
	Fait-il des allergies ? (Œdème de Quincke, anaphylactique, ...)		
	Allergie à des médicaments (antibiotiques, aspirine, pénicilline, dérivés iodés...)		
	Au latex		
	Au nickel, chrome, cobalt, chlore...		
	A-t-il subi une intervention chirurgicale?		
	Si oui laquelle?		
A-t-il été opéré des amygdales?			
ETAT	A-t-il souvent la bouche ouverte?		
	Respire-t-il plutôt par la bouche?		
PHYSIO-LOGIQUE	Ronfle-t-il la nuit?		
	Son oreiller est-il mouillé parfois le matin?		
	A-t-il sucé son pouce, un autre doigt, une tétine?		
	si oui, jusqu'à quel âge?		
	Se ronge-t-il les ongles?		

## **Autres éléments à signaler, en dehors de cette liste :**

.....  
J'atteste l'exactitude de ce questionnaire.

Ces informations, strictement confidentielles, ne peuvent être

Date : **Signature du patient :**