

Nom et prénom du patient :

L’âge :

Sexe : 🞏 F 🞏 M

Numéro de téléphone :

Nom et numéro du dentiste traitant :



Pour quelles raisons désirez-vous un traitement d’orthodontie ?

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez des problèmes cardiaques ?

🞏 Non 🞏 Souffle cardiaque 🞏 Malformation cardiaque

 🞏 Perte de connaissance 🞏 Trouble du rythme cardiaque

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez des problèmes pulmonaires ?

🞏 Non 🞏 Asthme 🞏 Autres

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez des problèmes rhumatologiques ?

🞏 Non 🞏 Rhumatisme articulaire aïgu 🞏 Autres

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez eu une l’Hépatite virale ?

🞏 Non 🞏 A 🞏 B 🞏 C

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez des problèmes neurologiques ?

🞏 Non 🞏 Epilepsie 🞏 Autres

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez des problèmes endocrinologiques ?

🞏 Non 🞏 Diabète 🞏 Si oui, est-il suivi ? 🞏 Le diabète est-il équilibré ?

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez des problèmes hématologiques ?

🞏 Non 🞏 Hémophilie 🞏 Beaucoup de saignement après une piqûre/coupure ?

Est-ce que votre enfant/ ou vous-même, avez un des problèmes suivants ?

🞏 Cancer 🞏 Allergies 🞏 Allergies médicaments 🞏 Allergie au Latex

🞏 Allergies produits 🞏 Intervention chirurgicale, si oui, laquelle ?.......................... 🞏 Amygdales opérées

Quel est l’état physiologique de votre enfant/ ou vous-même ?

🞏 Souvent la bouche ouverte 🞏 Respiration par la bouche 🞏 Ronflement la nuit

🞏 Oreiller mouillé le matin 🞏 Sucé pouce/tétine, jusqu’à quel âge ? 🞏 Ronge les ongles

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

Ces informations, reste strictement confidentielles.

J’atteste l’exactitude de ce questionnaire.

Date : Signature :