

Cabinet d'Orthodontie

LINSELLES

Dr Benjamin LEQUETTE

Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'enfant et de l'adulte

Chirurgien dentiste

D.F.C.D.L

C.E.S d'Orthopédie Dento-Faciale

C.E.C.S. Mention Orthodontie

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Les informations que vous nous communiquez resteront confidentielles et seront conservées dans votre dossier médical.

Renseignements concernant LE PATIENT

Nom Prénom Age

Date de naissance

Nom du Médecin traitant

Nom du Dentiste-traitant

Nom, prénom et profession des responsables légaux (si enfant mineur)

.....

▪ **Le patient a-t-il déjà eu un traitement orthodontique auparavant ?** Oui Non

Si oui, merci de préciser le nombre de semestres utilisés, les dates et de nous rapporter votre dossier de transfert

.....

▪ **Quel est le motif de la consultation ?**

Un contrôle ? OUI NON

Un souci esthétique ? OUI NON

Un souci fonctionnel ? OUI NON

Une douleur ? OUI NON

Autre motif

Adressé(e) par

▪ **Le patient suit-il actuellement un traitement prescrit par un médecin ?** Oui Non

Si oui, pourquoi (médicament prescrit, maladie, posologie)

.....

▪ **Le patient a-t-il déjà eu un traumatisme cranio-facial ? (traumatisme crânien, dents cassées....)**

Oui Non

Nature du traumatisme et des lésions occasionnées :(Merci d'apporter vos radios).

Prise en charge des soins par le Docteur

▪ **Le patient a-t-il déjà eu des problèmes O R L ?** Oui Non

Si oui, veuillez préciser la nature des pathologies.....

▪ **A-t-il été opéré des amygdales (amygdalectomie) ?** Oui Non

▪ **Des végétations (adénoïdectomie) ?** Oui Non

1

Cabinet d'Orthodontie Dr Benjamin LEQUETTE

21 Rue du Maréchal Foch - 59126 LINSELLES - Tél. 03.20.86.61.69 -

E-mail : docteurlequette@gmail.com

MEMBRE D'UN CENTRE DE GESTION AGREE, LE REGLEMENT DES HONORAIRES PAR CHEQUE EST ACCEPTE

Cabinet d'Orthodontie

LINSELLES

Dr Benjamin LEQUETTE

- **Le patient a-t-il déjà été hospitalisé et opéré ?** Oui Non

Si oui : Date Nature de l'intervention

- **Existe-t-il des troubles de posture ou de croissance ? (scoliose, cyphose dorsale...)** Oui Non

Merci de préciser SVP

- **Existe-t-il des habitudes déformantes (succion, position bouche ouverte, tétée de la langue, onychophagie...)** ? Oui Non

Merci de préciser SVP

- **Le patient souffre-t-il d'un handicap ?** Oui Non

Merci de préciser SVP

- **Le patient est-il allergique ?** Oui Non Ne sait pas

Si oui, merci de cocher et/ou préciser :

Latex Anesthésiant local Pénicilline
Alimentaire Autre

- **Quels sont les antécédents médicaux et familiaux du patient ?**

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| Diabète | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Maladie de la glande thyroïde | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Asthme | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Maladies des reins | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête/Maux d'oreilles | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Tuberculose – Maladie des poumon | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maladies nerveuses | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Cancer | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maladies cardio-vasculaires | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Déficit immunitaire (HIV) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| (Angor, Infarctus, souffle, trouble du rythme...) | | Jaunisse – Hépatite | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maladie de l'estomac ou de l'intestin | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Epilepsie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maladies du sang | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Spasmophilie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Maladies de la peau | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Dépression | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |

- **Avez-vous d'autres informations à porter à notre connaissance (exemple : grossesse...) ?**

.....

Avez-vous eu des radiographies dentaires **au cours des 6 derniers mois** par un Dentiste ou un Stomatologue ?

Oui *Dans l'affirmative, merci de bien vouloir nous apporter vos clichés.*

Non

Je certifie l'exactitude des renseignements reportés sur ce questionnaire et m'engage à signaler au praticien tout élément d'information nouveau ou important ne figurant pas sur la présente fiche.

Fait à Linselles,
le/...../20.....

Signature :