

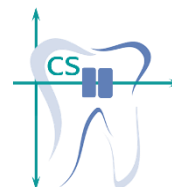
CABINET D'ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

3 Allée des Internautes - Parc Gouraud

02200 SOISSONS

03 23 59 31 50

cab.ortho.saumen@gmail.com



Docteur Claire SAUMEN

CHIRURGIEN DENTISTE

SPECIALISTE QUALIFIÉ EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

CECSMO

QUESTIONNAIRE MEDICAL ET DENTAIRE – ADULTES

Ces informations sont confidentielles et réservées à l'usage exclusif de votre orthodontiste dans le cadre de son exercice professionnel. Votre adresse email peut être utilisée dans le cadre de notre mission d'information en matière de prévention et de santé bucco-dentaire.

IDENTITE

NOM Prénom	
Date de naissance / Age	
Mail	
Profession	
Chirurgien-dentiste traitant	
Comment avez-vous connu le cabinet ?	<input type="checkbox"/> Dentiste – <input type="checkbox"/> Famille – <input type="checkbox"/> Amis – <input type="checkbox"/> Ecole – <input type="checkbox"/> Annuaire – <input type="checkbox"/> Internet – <input type="checkbox"/> Autre :

PROFIL MEDICAL

Suivez-vous un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, veuillez indiquer pour quelles raisons :		
Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, veuillez indiquer lesquels :		
Etes-vous allergique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quoi ?		
Avez-vous eu l'un des problèmes suivants?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez :		
<input type="checkbox"/> Maladie du sang - <input type="checkbox"/> Maladie du foie - <input type="checkbox"/> Hépatite B ou C - <input type="checkbox"/> Pathologie cardio-vasculaire - <input type="checkbox"/> Maladie de l'estomac - <input type="checkbox"/> Maladie de l'intestin - <input type="checkbox"/> Maladie des reins - <input type="checkbox"/> Epilepsie - <input type="checkbox"/> RAA - <input type="checkbox"/> Diabète - <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux - <input type="checkbox"/> Maladie des poumons - <input type="checkbox"/> Asthme - <input type="checkbox"/> Cancer - <input type="checkbox"/> Trouble ORL - <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire (HIV) - <input type="checkbox"/> Hypertension Hypotension - <input type="checkbox"/> Diabète - <input type="checkbox"/> Herpès - <input type="checkbox"/> Troubles posturaux - <input type="checkbox"/> Autres :		

Avez-vous été traité par radiothérapie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà eu une anesthésie locale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, cela a-t-il provoqué une réaction anormale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, laquelle ?		
Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Etes-vous suivi par un ostéopathe ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, précisez son nom :		
Avez-vous des douleurs des muscles de la face, des craquements, une limitation d'ouverture ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous des problèmes de gencive ? Des saignements ? Des douleurs ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Grincez-vous des dents ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres informations médicales à évoquer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquelles ?		

VOTRE SOURIRE

Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, à quel âge ?		
Qu'aimeriez-vous le plus changer dans l'apparence ou la position de vos dents ?		
Avez-vous d'autres problèmes dentaires à évoquer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquels ?		

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous prévenir de tout changement au cours du traitement.

DATE :

SIGNATURE :

Le cabinet d'orthodontie dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de ce cabinet. Vous pouvez avoir accès à votre dossier en vous adressant à votre orthodontiste*.

*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.