

HISTORIQUE MEDICAL, FONCTIONNEL ET DENTAIRE

L'orthodontie est aujourd'hui une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements, un historique précis de votre état de santé général et dentaire est de la plus grande importance. D'autre part, mieux connaître vos désirs et besoins nous permettra de vous proposer un traitement parfaitement adapté.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Les réponses nous apporteront une aide précieuse. Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles**.

Par ailleurs, nous passerons ensuite en revue ensemble cet historique.

N'hésitez pas à vous adresser à nous pour vous aider à le remplir.

ETAT CIVIL DU PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Tél domicile : Tél dans la journée :
Profession :
E-mail :@
Mutuelle : CMU : oui non
Comment nous avez-vous été adressés ?

Noms et prénoms du Médecin Généraliste et du Dentiste :
.....
Motif de consultation :

HISTORIQUE MEDICAL CONFIDENTIEL

Taille : Poids :
Etes-vous actuellement en bonne santé ? oui non

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?
.....
Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ? lequel ?
.....

Avez-vous été opéré des amygdales et/ou des végétations ?

oui non

Avez-vous d'autres antécédents chirurgicaux ?

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes ?

- Asthme Diabète Hépatite HIV
 Rhumatisme Syncopes Pbs Sanguins
 Pbs Rénaux
 Pbs Psychologiques Pbs Nerveux (épilepsie, paralysie, ...)
 Pbs Respiratoires Pbs d'alimentation
 Autres :

Présentez-vous souvent des angines, otites, etc, ...

oui non

Avez-vous déjà eu de graves réactions allergiques ?

oui non

Etes-vous allergique à un médicament ? Si oui, lequel ?

.....

Avez-vous déjà eu des réactions allergiques à un anesthésique chez le dentiste ?

oui non

HISTORIQUE FONCTIONNEL

Avez-vous déjà été soigné en Orthodontie ?

oui non

Avez-vous des difficultés à :

- Mastiquer correctement oui non
- Respirer par le nez oui non
- De prononciation oui non

Grincez-vous parfois des dents ? oui non

Ronflez-vous en dormant ? oui non

Rongez-vous vos ongles ? oui non

Sucez-vous votre pouce ? oui non

Avez-vous reçu un choc sur le crâne, le visage ou les dents ? Si oui, quand ?

.....

Présentez vous des douleurs au niveau de la face, du cou ou des épaules ?

oui non

De mâchoires ? oui non

