

CABINET D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

Docteur Eric MEYER

Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale

QUESTIONNAIRE MEDICAL

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Nom et prénom du patient :

Date de Naissance : Sexe : F M

Nom et Prénom des responsables légaux du patient :

Date approximative de la dernière visite médicale :

Nom du médecin traitant :

Taille : Poids : Dates des premières règles :

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un ou des troubles suivant :

	Oui	Non	Si oui, laquelle
• Pathologie chronique ou affection de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la croissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles posturaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pathologie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pathologie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Maladie virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pathologie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non	
• Le patient est-il allergique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui :	Médicaments	<input type="checkbox"/>	
	Métaux	<input type="checkbox"/>	
	Latex	<input type="checkbox"/>	
	Pollens	<input type="checkbox"/>	
	Autres	<input type="checkbox"/>	

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Le patient est-il sujet aux problèmes O.R.L. ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui : | | |
| Rhumes | <input type="checkbox"/> | |
| Sinusites | <input type="checkbox"/> | |
| Angines | <input type="checkbox"/> | |
| Otites | <input type="checkbox"/> | |
| Ronflements | <input type="checkbox"/> | |
| Autres | <input type="checkbox"/> | |

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Le patient a-t-il été opéré ? | Amygdales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Végétations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Paracentèse
(Diabolo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Le patient a-t-il subi un : | Traumatisme facial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Traumatisme dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Le patient prend-il actuellement des médicaments ?
- Si oui, lesquels et depuis combien de temps :
-
-

- Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ? :
-
-

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Date :

Signature :