



ORTHODONTIE LES PENNES MIRABEAU

Dr Alicia Castelli - Dr Marie-Noëlle Marcellesi - Dr Agnès Bros
Spécialistes qualifiées en orthopédie dento-faciale

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Comment avez-vous eu nos coordonnées : Dentiste Connaissance Annuaire Autre

Chirurgien dentiste traitant :

Profession de l'assuré : Mutuelle :

Motif de la consultation

.....
.....
.....

Antécédents de traitement orthodontique

Non Oui

Semestres utilisés :

Praticien :

Allergies

Médicaments Métaux (nickel...) Latex Pollens
 Autres

Troubles orl

Rhume Bronchites Asthme Sinusites
 Angine Otites Ronflements Cerne
 Respiration bouche ouverte
 Difficultés respiratoires Apnées du sommeil
 Réveil bouche sèche Fatigue diurne
 Interventions Amygdales Végétations
 Paracentèse (drains)

Troubles de la posture

Scoliose Douleurs cervicales
 Douleurs lombaires Autre

Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire

Bruit, claquement Sensation de blocage
 Douleurs, Maux de tête Migraines
 Grincement, serrement de dents
 Bourdonnement dans les oreilles
 Bruit au niveau des autres articulations

Pathologies générales

Le Patient présente ou a présenté :

Troubles de la croissance Troubles hormonaux
 Maladie chronique ou ALD Diabète
 Troubles alimentaires Maladie virale
 Troubles neurologiques Epilepsie
 Rhumatisme articulaire aigu Pathologie cardiaque
 Pulmonaire Rénale Trouble de coagulation

Interventions sous ag

Dents Autre

Actuellement le patient prend-il des médicaments ?

Oui Non

Pour quelle raison :

Consulte-t-il :

Orthophoniste ORL Pneumologue
 Spécialiste des troubles posturaux Ostéopathe

Un chirurgien dentiste pour

Soins Dents extraites Prothèses Implants
 Interventions des gencives Greffes

Traumatisme ou antécédents

Facial Cervical Dentaire Autre

Succion ou antécédents

Doigt Tétine Lèvre Langue Stylo Objet
 Ronge les ongles

Hygiène bucco-dentaire

Saignements de gencives au brossage
 Douleurs à la mastication, dents sensibles au froid,
au chaud

Avez-vous l'impression que vos dents se sont récemment déplacées ?

Non Oui depuis quand :

Avez-vous subi un meulage d'une ou plusieurs dents :

Non Oui

Autres problème à signaler

.....
.....
.....
.....

Signature :