

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
SUR LE PATIENT**

Cette fiche concerne votre santé générale. Ces renseignements sont souvent indispensables à l'orthodontiste pour établir le diagnostic du problème posé et choisir le traitement nécessaire pour le résoudre.

Il est donc dans votre intérêt que vous remplissiez cette fiche avec la plus grande attention.

ETAT-CIVIL

- Nom : • Prénom :
- Adresse :
- Téléphone domicile : • Téléphone professionnel :
- ° Email : ° Tel portable :
- Date de naissance : • Age :
- Homme Femme
- Nom de l'Assuré : • Caisse d'assurance maladie :
- N° de Sécurité Sociale : !__ !__ !__ !__ !__ !__ !__ !__ !
- Profession :
- Qui vous a conseillé le cabinet d'orthodontie :
 - Parent Ami Docteur Internet Autre
- Votre dentiste traitant :

SANTE GENERALE

- Traitement médical en cours oui non
- Si oui, lequel :

- Présentez-vous des problèmes d'attitude générale ?
(lordose vertébrale, pieds plats,...) oui non
Si oui, lesquels :
- Avez-vous eu une jaunisse (hépatite virale,...) ?
- De l'asthme ? oui non
- Etes-vous allergique? oui non
Si oui, à quoi ?
- Prédiabétique ou diabétique? oui non
- Présentez-vous un problème cardiaque ? oui non
- Un rhumatisme articulaire aigu ? oui non
- Saignez-vous longtemps lorsque vous vous blessez ? oui non
- Présentez-vous des troubles nerveux ? (épilepsie, paralysie,...) oui non
- Une fracture crânienne ou faciale ? oui non
Si oui, à quel niveau ? Quand ?
- Quelles autres maladies importantes avez-vous eues en dehors des maladies habituelles de l'enfance ?
- Avez-vous été hospitalisé ? oui non
- Avez-vous été transfusé ? oui non

ETAT DENTAIRE

- Etes-vous suivi régulièrement par un dentiste ? oui non
Nom du dentiste :
- Présentez-vous beaucoup de caries ? oui non
- Hygiène dentaire : bonne moyenne mauvaise très mauvaise
- Nombre de brossages par jour :
- Pouvez-vous vous brosser les dents après le déjeuner ?
- Avez-vous eu des extractions de dents définitives ? oui non
Si oui, pour quelle raison ?
- Etes-vous déjà tombé sur les dents de devant ? oui non
Si oui, quand ?
- Avez-vous déjà eu un traitement d'orthodontie ? oui non
Si oui, quel type de traitement ?

Combien de temps ?
Avec qui ?
Quand ?

ETAT FONCTIONNEL

- Avez-vous des difficultés à mastiquer ? oui non
- Respirez-vous par : la bouche ? le nez ?
- Avez-vous souvent la bouche ouverte ? oui non
- Ronflez-vous en dormant ? oui non
- Son sommeil est-il : agité ? normal ?
- Avez-vous été opéré des amygdales ? oui non
Si oui, à quelle date ? Pour quel motif ?
- Avez-vous été opéré des végétations ? oui non
Si oui, à quelle date ? Pour quel motif ?
- Etes-vous fréquemment enrhumé ? oui non
- Avez-vous souvent des angines ? oui non
- Grincez-vous des dents ? oui non
- Avez-vous des craquements, douleurs, blocage des mâchoires,... ? oui non
- Sucez vous votre pouce ou un autre doigt ? oui non
- Rongez-vous vos ongles ? oui non
- Jouez vous d'un instrument de musique à vent ? oui non
Si oui, lequel ? Depuis combien de temps ?
- Avez-vous subi une rééducation chez l'orthophoniste ? oui non
Si oui, pour quel motif ?
Nom et adresse de l'orthophoniste :

HABITUDES ALIMENTAIRES

- Buvez-vous du Coca-Cola ou des sodas ? tous les jours de temps en temps rarement
- Mangez-vous des bonbons ? tous les jours de temps en temps rarement
- Mangez-vous des sandwiches le midi ? tous les jours de temps en temps rarement
- Déjeunez-vous à la maison ?