

Prénom :

Nom :

Profession :

Date de Naissance :

Adresse :

Ville

CP

Date du dernier contrôle dentaire :

Tél :

Date de cette 1ère consultation :

Quel est le motif principal de cette consultation ?

Qui vous a recommandé cette consultation ?

Comment avez-vous connu le cabinet ?

Nom du dentiste traitant :

Nom du médecin traitant :

Ville :

Ville :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (pour répondre merci de cocher ou d'entourer la mention utile)

Je ressens des gênes aux articulations de la mâchoire

<input type="checkbox"/> des limitations à l'ouverture	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> des limitations à la fermeture	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> des blocages... parfois / souvent	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> des claquements/craquements ?	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> des douleurs	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> une déviation	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> J'ai tendance à serrer les mâchoires	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> J'ai tendance à grincer des dents	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> J'ai la bouche sèche au réveil	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> J'ai tendance à ronfler	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Je me sens fatigué.e le matin	parfois	souvent

<input type="checkbox"/> Maux de tête	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Acouphènes	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Troubles oculaires de convergence	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Affections nez/gorge/oreilles	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Troubles digestifs	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Affections Gynéco/organes génitaux	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Je suis sujet.e aux vertiges	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Je porte des semelles orthopédiques		

Je suis touché.e par une maladie ou trouble chronique...

<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire
<input type="checkbox"/> Maladie de l'estomac ou de l'intestin

Autre(s) merci de préciser

<input type="checkbox"/> Je prends des médicaments en traitement régulier Si oui lesquels ?
--

Droite Gauche

<input type="checkbox"/> Je ne suis pas à l'aise pour mâcher	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> géné.e par des contacts trop "épais"	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> manque de contacts entre mes dents	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> mes dents ne sont pas bien positionnées		
<input type="checkbox"/> J'ai eu un traitement orthodontique		
<input type="checkbox"/> Si oui, à quel âge ?		
<input type="checkbox"/> Je porte encore une contention ortho	haut	bas
<input type="checkbox"/> J'ai eu des extractions dentaires	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> Mes dents de sagesse. Si oui, quand ?		
<input type="checkbox"/> D'autres dents. Si oui, quand ?		
<input type="checkbox"/> J'ai des agénésies (dents non formées)		

<input type="checkbox"/> tensions/douleurs au niveau du crâne	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> tensions/douleurs à la mâchoire	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> au niveau des cervicales	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> au niveau des épaules	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> dans le dos	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> bassin/hanches	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> genoux	Dte	Ghe
<input type="checkbox"/> pieds	Dte	Ghe

<input type="checkbox"/> Déficit immunitaire (VIH, auto-immune)
<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Perturbation thyroïde
<input type="checkbox"/> Maladie de la peau

Au cours des 4 dernières semaines, j'ai pris :

<input type="checkbox"/> des anti-inflammatoires
<input type="checkbox"/> des antalgiques (anti-douleur)
<input type="checkbox"/> des antidépresseurs / des anxiolytiques >>>>

<input type="checkbox"/> Je suis intolérant.e à certaines substances. Si oui lesquelles ?
--

<input type="checkbox"/> Êtes-vous fumeur ?	parfois	souvent
<input type="checkbox"/> Autres addictions ?		

Je suis sujet.e au stress. si oui pouvez vous préciser ?

### Thérapies utilisées / thérapeutes visités

Merci d'indiquer les spécialistes/thérapeutes consultés, éventuellement la fréquence des visites

### Antécédents traumatiques /hospitalisation...

### Autres évènements importants

NB : Le questionnaire médical doit être réactualisé. Si votre état de santé venait à changer merci de le signaler

Nous permettez-vous de vous adresser électroniquement : ordonnances, factures, rappels...	OUI	NON
par email, merci de nous indiquer lisiblement votre adresse électronique :		
par sms, merci de nous indiquer à quel numéro :		

Date et signature du patient :