

# 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 PRENOM du patient (e) :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :** F  M

**NOM et PRENOM des responsables légaux du patient(e) :** .....

**Date approximative de la dernière visite médicale :** .....

**Nom du médecin traitant :** .....

**Le patient (e) présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des :**  
(si oui cochez et précisez)

- **Pathologie chronique ou affection de longue durée**  .....
- **Maladie héréditaire**  .....
- **Troubles de croissance**  .....
- **Problèmes de posture:** .....

**Poids :** ..... **Taille :** .....

**Date des premières règles :** .....

- Succion -  d'un doigt
- d'une tétine
- d'un biberon
- d'un doudou



- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>actuelle</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>précédente</b> |

**Onychophagie :** oui - non

**Bruxisme :** oui - non

**Fréquence du brossage bucco-dentaire :** ..... X/ jour

- **Troubles posturaux**  .....
- **Troubles ostéo-articulaires**  .....
- **Rhumatisme articulaire aigu**  .....
- **Troubles neurologiques**  .....
- **Epilepsie**  .....
- **Pathologie cardiaque**  .....
- **Pathologie rénale**  .....
- **Troubles de la coagulation**  .....
- **Troubles hormonaux**  .....
- **Troubles alimentaires**  .....

- Diabète  .....
- Maladie virale  .....
- Pathologie pulmonaire  .....
- Asthme  .....

Le patient(e) est-il allergique ?

- Médicaments  .....
- Métaux  .....
- Latex  .....
- Pollens  .....
- Autres  .....

Le patient(e) est-il sujet aux problèmes O.R.L. ?

- Rhumes
- Sinusites
- Angines
- Otites
- Ronflements nocturnes
- Difficultés respiratoires
- Autres  .....

Le patient(e) a-t-il été opéré des amygdales  végétations  paracentèse

Le patient(e) a-t-il des nuits agitées  Dort-il la bouche ouverte ?  Bave-t-il ?

Le patient(e) a-t-il subi un :

- Traumatisme facial  .....
- Traumatisme dentaire  .....

Le patient(e) prend-t-il actuellement des médicaments ?

Si oui, lesquels et depuis combien de temps ?.....  
 .....  
 .....

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

En cas de suspicion de grossesse, merci de nous l'indiquer : .....

Votre enfant joue-t-il d'un instrument de musique, si oui lequel : .....

Votre enfant fait-il du sport en compétition, si oui lequel : .....

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

Date :

Signature :