

# CABINET de STOMATOLOGIE et d'ORTHOPEDIE DENTO FACIALE

Dr Alain DELBARRE – Dr Marie Madeleine BARALLE – Dr Sandrine ELHAGE

15 Boulevard Faidherbe – 59280 ARMENTIERES

Tél. : 03.20.35.51.57

## ORTHODONTIE : QUESTIONNAIRE MEDICAL (ENFANT)

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nom et Prénom de l'assuré : .....

Adresse : ..... Code postal..... Ville.....

Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Caisse de sécurité sociale : ..... Mutuelle : .....

Nom du dentiste traitant, la ville et la date de la dernière visite : .....

Nom du médecin traitant (ville).....

Qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez nous ? .....

Pour quelle raison ? .....

Votre enfant a-t-il déjà porté un appareil d'orthodontie ?  Oui  Non

Suce-t-il ou a-t-il sucé son pouce ou une tétine ?  Oui  Non / Date d'arrêt : .....

A-t-il le nez souvent bouché ?  Oui  Non / Ronfle t-il ?  Oui  Non / Salive t-il la nuit ?  Oui  Non

A-t-il souvent la bouche ouverte ?  Oui  Non / A-t-il déjà consulté un O-R-L ?  Oui  Non

Fait-il du bruit en mangeant ?  Oui  Non / Mastique t-il d'un seul côté ?  Oui  Non

Suit-il ou a-t-il suivi une Rééducation Orthophonique ?  Oui  Non Motif : .....

Suit-il ou a-t-il suivi une Rééducation Orthoptique ?  Oui  Non Motif : .....

Présente-t-il des allergies ?  Oui  Non Si oui, lesquelles : .....

A-t-il eu une intervention chirurgicale (ex : amygdales, végétations, autre) :  Oui  Non

Si oui, préciser le motif.....

Suit-il actuellement un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui pourquoi.....

Porte-t-il ou a-t-il déjà des semelles orthopédiques ?  Oui  Non

A-t-il des troubles : de dos ?  Oui  Non ou articulaires en ouvrant la bouche ?  Oui  Non

Grince t-il des dents la nuit ?  Oui  Non / Mâche t-il souvent des chewing-gums ?  Oui  Non

Quel(s) sport(s) pratique-t-il ? .....

Joue-t-il d'un instrument de musique ?  Oui  Non

A-t-il déjà eu un traumatisme facial ou reçu un coup sur le menton ?  Oui  Non

Autre : .....

Date :

Signatures des parents :