



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom du patient : _____ Adresse : _____
Prénom : _____ CP : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____ Mobile : _____
Adresse mail : _____
Nom dentiste : _____ Nom du Médecin traitant : _____

Nom / Prénom assuré : _____ Date de naissance de l'assuré : _____
N° de sécurité sociale : _____
Caisse de sécurité sociale : CPAM MSA MGEN Autre (préciser)

Parent 1 : _____ Parent 2 : _____
Nom : _____ Nom : _____
Prénom : _____ Prénom : _____
Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone : _____
Adresse mail : _____ Adresse mail : _____

Comment avez-vous connu le cabinet (dentiste, ami, internet ...)

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Si oui laquelle oui non
Prend-t-il régulièrement des médicaments ? oui non
Suce-t-il son pouce ou la sucette ? oui non
A-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie ? oui non
Est-ce que des dents ont été endommagées par un accident ? oui non
Votre enfant souffre-t-il de blocage ou de douleur de la mâchoire ? oui non

A-t-il déjà été suivi par un spécialiste ORL ? oui non
A-t-il été opéré des végétations ? oui non
A-t-il été opéré des amygdales ? oui non
Votre enfant a-t-il de l'asthme ? _____ oui non
Ronfle-t-il la nuit ? oui non
A-t-il un sommeil agité ? oui non
Transpire-t-il de la tête durant son sommeil ? oui non
Bave-t-il la nuit (tâches de salive sur l'oreiller le matin) ? oui non
Se mouche-t-il tout(e) seul(e) ? oui non
Est-il souvent enrhumé ? oui non
Tabac ? oui non

Autres remarques :

Fait à la Roche Sur Yon le

Signature

