

# DANIEL GODIN



ORTHODONTISTE  
SPÉCIALISTE CERTIFIÉ

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Les renseignements suivants sont essentiels pour vous assurer le meilleur traitement possible. S'il vous plaît, veuillez répondre à toutes les questions. Cette feuille fait partie de votre dossier et le contenu est confidentiel. Merci!

### **INFORMATIONS PERSONNELLES**

Nom du patient: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: M \_\_\_ F \_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_ mois  
Référé par: \_\_\_\_\_

### **HISTOIRE DENTAIRE**

Nom de votre dentiste actuel: \_\_\_\_\_  
Dernier rendez-vous: \_\_\_ 0-6 mois \_\_\_ 6-12 mois \_\_\_ +12 mois  
Nombre de radiographies depuis deux ans: \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà eu un accident à la tête ou au visage? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Avez-vous déjà subi un traumatisme dentaire (fracture, coup sur les dents)? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Avez-vous déjà subi une opération au visage, à la tête, aux maxillaires, à la bouche? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Avez-vous déjà eu recours à des traitements d'orthodontie? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Avez-vous déjà fait extraire des dents pour raison d'orthodontie? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Avez-vous de la difficulté à ouvrir la bouche très grande? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Est-ce que vos mâchoires "craquent"? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Avez-vous les dents sensibles? \_\_\_ oui \_\_\_ non

### **HABITUDES ORALES** (Cocher les habitudes que vous avez ou avez déjà eues)

Succion du pouce	___ oui ___ non	Contraction des mâchoires	___ oui ___ non
Rongement des ongles	___ oui ___ non	Mordillement des lèvres	___ oui ___ non
Propulsion de la langue	___ oui ___ non	Grincement des dents	___ oui ___ non
Trouble de la diction	___ oui ___ non	Respiration buccale	___ oui ___ non

Autres : \_\_\_\_\_

### **HISTOIRE MÉDICALE**

Nom de votre médecin de famille: \_\_\_\_\_  
Date du dernier examen médical: \_\_\_\_\_  
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_  
Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des six derniers mois? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà été hospitalisé(e)? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_  
Avez-vous déjà fait une réaction allergique à un médicament, aliment, nickel, latex? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Autres allergies : \_\_\_\_\_  
Femmes: Êtes-vous enceinte? \_\_\_ oui \_\_\_ non  
Prenez-vous la pilule anticonceptionnelle? \_\_\_ oui \_\_\_ non

### **Avez-vous souffert ou souffrez-vous de:**

Troubles cardiaques	___ oui ___ non	I.T.S.	___ oui ___ non
Fièvre rhumatismale, endocardite	___ oui ___ non	Diabète	___ oui ___ non
Saignements anormaux	___ oui ___ non	Troubles thyroïdiens	___ oui ___ non
Anémie	___ oui ___ non	Maladie de la peau	___ oui ___ non
Pression ___ haute ___ basse	___ oui ___ non	Problèmes oculaires	___ oui ___ non
Rhumes fréquents ou sinusites	___ oui ___ non	Arthrite	___ oui ___ non
Tuberculose ou problèmes pulmonaires	___ oui ___ non	Épilepsie	___ oui ___ non
Asthme	___ oui ___ non	Maux de tête fréquents	___ oui ___ non
Ablation des amygdales, végétations	___ oui ___ non	Rhumes des foies	___ oui ___ non
Porteur du virus du SIDA	___ oui ___ non	Étourdissement, évanouissement	___ oui ___ non
Problèmes d'ordre émotionnel	___ oui ___ non	Toux persistante	___ oui ___ non
Troubles digestifs	___ oui ___ non	Mononucléose	___ oui ___ non
Troubles rénaux	___ oui ___ non	Traitements radiations/tumeurs	___ oui ___ non
TSA (Autisme)	___ oui ___ non	TED, TDA, TDAH ou autres	___ oui ___ non

Autres informations médicales ou dentaires : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), déclare avoir lu, compris et répondu au questionnaire au meilleur de ma connaissance.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Révision médicale

Date : \_\_\_\_\_

Changement(s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_