

Formulaire à remplir pour la 1ère consultation en orthodontie - Adulte -

Motif de votre consultation

1. Nom _____ 2. Prénom _____ 3. Date de naissance _____

4. Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

5. Adresse _____

6. Téléphone portable : _____

7. Email : _____

8. Profession _____

9. Nom de votre mutuelle _____

10. Nom du médecin traitant _____

11. Nom du dentiste traitant _____

12. Avez-vous déjà consulté en orthodontie ? ☐ oui ☐ non

si oui, auprès de quel orthodontiste ? _____

13. Avez-vous déjà eu un traitement orthodontique par le passé ? ☐ oui ☐ non

Si oui, quand et auprès de quel orthodontiste ? _____

14. Avez-vous déjà consulté un orthophoniste ? ☐ oui ☐ non

Si oui quel est son nom ? _____

15. Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?

☐ oui une seule ☐ oui plusieurs ☐ non

si oui laquelle ou lesquelles ? _____

16. Présentez-vous des troubles au niveau des articulations des mâchoires ?

☐ douleur ☐ craquement

☐ claquement ☐ ressaut

☐ limitation de l'ouverture buccale

17. Présentez-vous ou avez-vous présenté ?

☐ une pathologie chronique ou une affection longue durée

☐ troubles posturaux (scoliose)

☐ troubles ostéo-articulaires

☐ rhumatisme articulaire aigu

☐ pathologie rénale

☐ maladie héréditaire

☐ troubles de croissance

☐ troubles de la coagulation

☐ troubles hormonaux

☐ troubles alimentaires

☐ diabète

☐ maladie virale

☐ pathologie pulmonaire

☐ asthme

☐ autre _____

18. Êtes-vous allergique ?

☐ oui ☐ non si oui précisez à quoi : _____

19. Avez-vous des problèmes ORL ?

☐ rhumes récurrents

☐ sinusites

☐ angines

☐ otites

☐ ronflements nocturnes

☐ apnées du sommeil

☐ difficultés respiratoires

☐ déviation de la cloison nasale

20. Prenez-vous des médicaments ?

☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

21. Avez-vous subi un traumatisme facial ?

☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

22. Avez-vous subi un traumatisme dentaire ?

☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

23. Jouez-vous d'un instrument de musique ?

☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

24. Pratiquez-vous un sport en compétition ?

☐ oui ☐ non si oui précisez : _____

☐ J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai immédiatement toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales. Je vous informerai de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement. En cochant cette case, j'accepte de transmettre mes données personnelles au Dr Baron dans le cadre de ma relation médicale.

Date du jour : _____

Signature