



# BRACES IN ORLEANS

CREATING BEAUTIFUL SMILES

Votre coopération à compléter ce formulaire est très important pour notre évaluation orthodontique. Toutes informations sont strictement confidentielles. S'il vous plaît nous aviser de tous changements concernant votre dossier pendant votre traitement.

Patient référé par \_\_\_\_\_

La raison pour votre consultation? \_\_\_\_\_

## INFORMATION CONFIDENTIELLE

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Adresse: Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_

Numero de tel mobile: \_\_\_\_\_ 2e numero de tel: \_\_\_\_\_ Bureau: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

En cas d'urgence: Nom \_\_\_\_\_ Relation au patient \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Date de Naissance (Jour/Mois/Année) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_ École ou employeur \_\_\_\_\_

La personne responsable des honoraires: Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

## HISTOIRE DENTAIRE

Dentiste de famille: \_\_\_\_\_ Date du dernier examen dentaire: \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient a déjà eu une consultation orthodontique? Oui Non

Est-ce que le patient a déjà eu une traitement orthodontique? Oui Non

Est-ce qu'il y a une histoire de:

Problème d'articulation Oui Non

Sucer le pouce ou doigt Oui Non

Blessure à la figure ou à la dentition Oui Non

Douleur JMT Oui Non

Grincement des dents Oui Non

Difficulté à mastiquer Oui Non

Respirer la bouche ouverte Oui Non

Listez les instruments musicaux joués par le patient \_\_\_\_\_

## HISTOIRE MÉDICALE

Médecin de famille: \_\_\_\_\_ Date du dernier examen médical: \_\_\_\_\_

Le patient est-il actuellement sous le soins d'un médecin? Oui Non Spécifiez: \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà été hospitalisé ou subi une chirurgie majeure? Oui Non Spécifiez: \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il besoin d'antibiotiques avant les traitements dentaires? Oui Non Spécifiez: \_\_\_\_\_

Le patient prend-il régulièrement des médicaments? Oui Non Spécifiez: \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il des allergies? Oui Non À quoi: \_\_\_\_\_



Le patient souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de:



## BRACES IN ORLEANS

CREATING BEAUTIFUL SMILES

Fièvre rhumatismale	Oui	Non	Ulcères	Oui	Non
Souffle au coeur ou maladie valvulaire	Oui	Non	Diabète	Oui	Non
Cardiopathie congénitale	Oui	Non	Maladie ou infection des reins	Oui	Non
Crise cardiaque	Oui	Non	Maladie transmises sexuellement	Oui	Non
Essoufflement/douleur à la poitrine	Oui	Non	Hépatite/jaunisse/maladie du foie	Oui	Non
Haute pression	Oui	Non	Urticaire/éruption de peau	Oui	Non
Accident cérébrovasculaire	Oui	Non	Tuberculose	Oui	Non
Problèmes respiratoires	Oui	Non	SIDA/Séro-positif	Oui	Non
Asthme	Oui	Non	Fait facilement des bleus	Oui	Non
Maladie de la glande thyroïde	Oui	Non	Anémie	Oui	Non
Arthrite	Oui	Non	Hémophilie/maladie du sang	Oui	Non
Sinusite	Oui	Non	Feux sauvages	Oui	Non
Problèmes d'ordre émotionnel	Oui	Non	Maux de tête fréquents ou sévères	Oui	Non
Problèmes nerveux	Oui	Non	Cancer/chimiothérapie	Oui	Non
Étourdissements	Oui	Non	Prothèse articulaire	Oui	Non
Épilepsie ou convulsions	Oui	Non	Êtes-vous fumeur?	Oui	Non
Ostéoporose	Oui	Non			

Si vous avez répondu oui à un des précédents, élaborer:

---

---

---

Femmes seulement:

Êtes-vous enceinte?	Oui	Non
Problèmes de menstruation	Oui	Non

Avez-vous une maladie ou un problème qui n'est pas indiqué ci-dessus?                      Oui      Non

Si oui, décrivez:

---

---

Je déclare avoir répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance. Si il y a des changements à ce formulaire, j'informerai l'orthodontiste.

Signature du patient/gardien                      Date

Signature de l'orthodontiste                      Date

Changements d'histoire médicale

---

Date	Changements	Signature
------	-------------	-----------

---

Date	Changements	Signature
------	-------------	-----------