
QUESTIONNAIRE MÉDICAL ADULTE

La connaissance précise du passé médical du patient nous est indispensable pour adapter notre conduite thérapeutique, aussi nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document avec précision. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Nom et Prénom du patient : Date de naissance :

Adressé(é) par :

Motif de la consultation : Esthétique Fonctionnel Douleur Autre :

Avez-vous l'impression que vos dents se sont récemment déplacées ? Oui Non si oui, depuis combien de temps ? Avez-vous des douleurs lorsque vous mâchez ? Oui Non

Une de vos dents est-elle particulièrement sensible ? Oui Non

Avez-vous la sensation de serrer fort vos dents ? Oui Non si oui, à quel moment ?
.....

Avez-vous des douleurs lorsque vous ouvrez grand la bouche ? Oui Non

Vos articulations de la mâchoire sont-elles douloureuses ? Oui Non

Vos articulations de la mâchoire font-elles du bruit ? Oui Non si oui, de quel côté ?
.....

Votre mâchoire inférieure s'est-elle déjà bloquée ? Oui Non

Vos autres articulations (genoux, chevilles...) font-elles du bruit ? Oui Non

Avez-vous des sifflements/bourdonnements dans les oreilles ? Oui Non

Avez-vous souvent des douleurs musculaires ? Oui Non

Avez-vous subi un traumatisme au niveau du cou ? Oui Non

Avez-vous des migraines ? Oui Non

Avez-vous la sensation de respirer plus souvent par la bouche que par le nez ? Oui Non

Pensez-vous que vous ronflez pendant votre sommeil ? Oui Non

Dormez-vous sur le ventre ? Oui Non

Avez-vous une sensation de bouche sèche au réveil ? Oui Non

Avez-vous une sensation de brûlures dans la bouche ? Oui Non

Ressentez-vous une gêne lorsque vous avalez ? Oui Non

Placez-vous souvent votre langue entre vos dents ? Oui Non

De quel côté mâchez-vous ? Droite Gauche

Avez-vous l'habitude de mâchonner quelque chose (stylo, ongles...) ? Oui Non

Avez-vous subi un traitement d'orthodontie ? Oui Non

à quel âge : pendant combien de temps ?

Avez-vous subi un meulage d'une de vos dents ? Oui Non

Avez-vous eu une opération sous anesthésie générale au niveau de la cavité buccale ? Oui Non Fumez-vous ? Oui Non si oui, nombre de cigarettes/jour
.....

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté un(e) ou des : (si oui cocher et préciser)

- Pathologie chronique ou affection de longue durée
- Maladie héréditaire
- Troubles de la croissance
- Troubles posturaux
- Troubles ostéo-articulaires
- Rhumatisme articulaire aigu
- Troubles neurologiques
- Épilepsie
- Pathologie cardiaque
- Pathologie rénale
- Trouble de la coagulation
- Troubles hormonaux
- Troubles alimentaires
- Diabète
- Maladie virale
- Pathologie pulmonaire
- Asthme
- Cancer
- Maladie de Paget
- Ostéoporose

Le patient est-il allergique ? (si oui cocher et préciser)

- Médicaments
- Métaux
- Latex
- Pollens
- Autres

Le patient est-il sujet aux problèmes O.R.L. ?

- rhumes sinusites angines
- otites ronflements autres (apnées...) :

Le patient a-t-il été opéré des amygdales ou végétations ou drains dans les oreilles

Le patient a-t-il subi

- un traumatisme facial
- un traumatisme dentaire

Le patient prend-t-il actuellement des médicaments ?

(Si oui, lesquels et depuis combien de temps)

Avez-vous d'autres problèmes à signaler :

Nous attirons votre attention sur l'importance de nous signaler tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.

Fait à Marseille, le :

Signature :