

Nom complet		Sexe	Âge	Date de naissance
Adresse complète		Code postal		Tél.Cell.
Tél.Trav.		Courriel (requis)		École
				Responsable (si enfant)

Mère (si enfant)

Nom
Occupation
Tél.
Courriel

Père (si enfant)

Nom
Occupation
Tél.
Courriel

Avez-vous besoin de formulaires pour réclamations d'assurance? Oui Non

Patient référé par : _____

HISTOIRE MÉDICALE

Nom de votre médecin de famille : Dr _____

Êtes-vous présentement sous les soins d'un médecin? Oui Non Si oui, pourquoi? _____

Avez-vous déjà eu une maladie, une opération ou avez-vous été hospitalisé(e)? Si oui, pourquoi? _____

Prenez-vous des médicaments ou en avez-vous pris au cours des **6 derniers mois**? Si oui, lesquels? _____

Êtes-vous allergique à certains **médicaments, aliments, nickel, latex ou autre**? : _____

Êtes-vous fumeur? Oui Non

Dame : Êtes-vous enceinte? Oui Non

Fille : Avez-vous commencé vos menstruations? Oui Non Si oui, à quel âge? _____

Garçon : Votre voix a-t-elle muée? Oui Non Si oui, à quel âge? _____

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ EU CERTAINES DE CES MALADIES OU TROUBLES DE SANTÉ?

Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Déficit d'attention	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Problèmes de santé mentale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hépatite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles de la glande thyroïde	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Jaunisse ou autre trouble du foie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Arthrite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles de rein	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sinusite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie ou autre maladie du système nerveux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Anémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tumeurs, bénignes ou cancéreuses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sida ou séropositif (V.I.H.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Trouble du système immunitaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Basse ou haute pression	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pneumonie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infections transmises sexuellement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Fièvre rhumatismale (R.A.A.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu besoin d'une transfusion sanguine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Bronchite ou toux chronique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Saignements anormaux ou problèmes sanguins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Troubles respiratoires, emphysème	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Infection buccale telle que muguet, candidose, etc.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres : _____		

HISTOIRE DENTAIRE

Nom de votre dentiste actuel : Dr _____

Date de votre dernière visite chez le dentiste : _____

Avez-vous eu des radiographies dentaires récemment? Oui Non Si oui, quand? _____

Avez-vous déjà eu ou consulter pour des traitements orthodontiques? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous un membre de la famille qui a déjà été un patient chez nous? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous déjà eu des ennuis suite à des traitements dentaires? Oui Non Si oui, lesquels? _____

Ressentez-vous de la douleur ou des craquements au niveau des mâchoires? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous déjà subi un coup au menton ou aux mâchoires? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous déjà subi un accident à la tête? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous déjà subi un accident aux dents? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous des problèmes de prononciation? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous déjà été traité en orthophonie? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Jouez-vous un instrument de musique à vent? Oui Non Si oui, spécifiez _____

Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'une ou l'autre de ces **habitudes**?

Rongement des ongles	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Succion du pouce ou autre doigt	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Mordillement d'objets	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Mordillement des lèvres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Grincement des dents	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Respiration buccale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres _____

En cas de changements, svp nous en aviser. Ces informations sont nécessaires à votre dossier, mais demeureront confidentielles.

Signature du patient, parent ou tuteur : _____

Date : _____

Signature de l'orthodontiste : _____

Date : _____