

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 : \_\_\_\_\_