

| | | | | |
|------------------|-------------------|-----------|-----|-------------------------------|
| Nom complet | | Sexe | Âge | Date de naissance (JJ-M-AAAA) |
| Adresse complète | | Tél.Cell. | | Tél.Rés. |
| 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 foies | 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 demeurent confidentielles.

Signature du patient, parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature de l'orthodontiste : _____ Date : _____