

Docteur DE CASTELLI Lucie

Docteur en chirurgie dentaire

Orthodontiste spécialiste qualifiée

Diplôme Universitaire d'Orthodontie linguale de Paris VII

CECSMO

MASTER Européen de la technique DAMON

Historique Médical Confidentiel concernant le Patient (recto verso)

Nom et prénom du patient :

Adresse :

Adresse mail :

Tél :

Entourer votre choix de réponse :

Motif de consultation :

Esthétique

Fonctionnel

Esthétique et fonctionnel

Age :

Date de consultation :

Profession :

Etes-vous en bonne santé :

Oui

Non

Etes-vous suivi(e) par un médecin actuellement (pour une maladie) ?

Oui

Non

Si oui pour quel motif et quand ?

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

Oui

Non

Si oui pour quel motif et quand ?

Avez-vous été traité(e) par radiothérapie ?

Oui

Non

Si oui pour quel motif et quand ?

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Oui

Non

Si oui lesquels ?

Etes-vous allergique à des antibiotiques ou à certaines substances ?

Oui

Non

Si oui, à quelles substances ?

Comment cela se manifeste-t-il ?

Avez-vous des problèmes au niveau des mâchoires :

Oui

Non

Si oui : - douleurs ?

- craquements ?

Etes-vous fumeur ?

Oui

Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ?

Avez-vous des problèmes de gencive (saignements, douleurs, gonflement...) ?

Si oui, lesquels ?

Avez-vous déjà suivi un traitement orthodontique dans un autre cabinet ?

En général, vous respirez par le nez ou par la bouche... ?

Souffrez-vous d'apnées du sommeil ?

Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?

Maladie du sang

Maladie du foie

Maladie cardio-vasculaire

Maladie de la peau

Maladie de l'estomac ou de l'intestin

Maladie des reins

Epilepsie

Rhumatismes (RAA)

Diabète

Maladie de la glande thyroïde

Maladie des poumons

Asthme

Cancer

Maladie des yeux

Maladie du nez, de la gorge, des oreilles

Déficit immunitaire

Avez-vous déjà eu un saignement prolongé, par exemple après une extraction dentaire ?

Oui

Non

Etes-vous enceinte ?

Oui

Non

Prenez-vous un médicament contre l'ostéoporose et/ou la ménopause (type étidronate, risédronate, présence de biphosphonates)

Oui

Non

Si oui, lequel ?

Prenez-vous un médicament immunosuppresseur (type cyclosporine A) ?

Si oui, lequel ?

Prenez-vous un médicament corticoïde?

Si oui, lequel ?

Jouez-vous d'un instrument ?

Si oui, lequel ?

Pratiquez-vous un sport ?

Si oui, lequel ?

Avez-vous d'autres informations médicales à nous communiquer?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

Lons le Saunier, le

Signature