



Pourquoi consultez-vous en orthodontie ?

- Esthétique Fonction Douleur
 Prévention problèmes futurs
 Autres

Responsable des honoraires :

Assurance dentaire couvrant l'orthodontie ?

- Oui Non

Est-ce votre première visite en orthodontie (autre qu'ici) ?

- Oui Non

Qui a noté votre problème la première fois ?

Référé(e) par :

Dentiste traitant :

Médecin de famille :

Avez-vous des inquiétudes concernant les traitements ?

- Oui Non

À quand remonte votre dernier examen dentaire (nettoyage) ?

Remarques :

Signature du patient (responsable si moins de 18 ans)

Dre Manon Voyer, Orthodontiste

Date : _____

Cochez si vous avez ou avez eu	Oui	Non
Ronflements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue de la mâchoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dents sensibles ou mobiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur aux articulations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté fermer/ouvrir la bouche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de mâchoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à fermer les dents ensemble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serrements ou grincements des dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changement de position des dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruits de la mâchoire		
Craquement : droite <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> 2 côtés <input type="radio"/>		
Éclatement/pop : droite <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> 2 côtés <input type="radio"/>		
Grincement : droite <input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> 2 côtés <input type="radio"/>		
Beaucoup de caries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustement (meulage de l'occlusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gencives saignantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à mastiquer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il des aliments que vous évitez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesquels ?		
Vie plus stressée que la moyenne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux de tête chroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accident au visage ou à la mâchoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accident à la tête ou au cou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accident aux dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement périodentaire (gencives)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chirurgie de la mâchoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mauvaise haleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dents sensibles au sucre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie avec plaque occlusale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cochez si vous avez ou avez eu	Oui	Non
Ablation des amygdales / Végétations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles digestifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de foie (hépatite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pertes de conscience/étourdissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes de thyroïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychothérapie (stress)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes osseux/arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiothérapie/cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de sinus/rhumes fréquents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme/problèmes pulmonaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maux d'oreilles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles cardiaques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Épilepsie/troubles nerveux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haute/basse pression artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglycémie/diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problèmes des reins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enflures des extrémités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saignements prolongés/anémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies transmises sexuellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogues/alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergies : lesquelles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous des médicaments (y compris les pompes) Lesquels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous enceinte ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous des contraceptifs oraux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>