



CURIEL ORTHODONTICS  
DESIGN YOUR SMILE

## Informations sur le patient

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ SEXE  M  F  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ ÂGE \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_  
CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE (domicile) \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE (portable) \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE (professionnel) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
EMAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
PROFESSION \_\_\_\_\_ SOCIÉTÉ \_\_\_\_\_  
NOMS ET PRÉNOMS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE SOIGNÉS DANS NOTRE CLINIQUE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Assuré

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

## Dentiste

NOM DU DENTISTE 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
NOM DU DENTISTE 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
NOM DU DENTISTE 3 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
DATE DE DERNIÈRE VISITE CHEZ LE DENTISTE \_\_\_\_\_

Qui devons-nous remercier pour vous avoir recommandé notre clinique ?

\_\_\_\_\_



CURIEL ORTHODONTICS  
DESIGN YOUR SMILE

## Historique médical et dentaire du patient

- OUI  NON Avez-vous des problèmes de santé ? \_\_\_\_\_
- OUI  NON Prenez-vous actuellement des médicaments ? \_\_\_\_\_
- OUI  NON Êtes-vous allergique à certains médicaments ? \_\_\_\_\_
- OUI  NON Êtes-vous allergique à certains produits ou matériaux ? \_\_\_\_\_
- OUI  NON Avez-vous subi une opération importante ? \_\_\_\_\_

Cocher si le patient a ou a eu un des troubles suivants :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problèmes sanguins        | <input type="checkbox"/> Problèmes thyroïdiens | <input type="checkbox"/> Problèmes émotionnels          |
| <input type="checkbox"/> Sida/HIV                  | <input type="checkbox"/> Problème hépatique    | <input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires        |
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque        | <input type="checkbox"/> Diabète               | <input type="checkbox"/> Asthme                         |
| <input type="checkbox"/> Tension artérielle élevée | <input type="checkbox"/> Problème osseux       | <input type="checkbox"/> Céphalée                       |
| <input type="checkbox"/> Tension artérielle faible | <input type="checkbox"/> Ostéoporose           | <input type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires aigus |
| <input type="checkbox"/> Saignements prolongés     | <input type="checkbox"/> Cancer                | <input type="checkbox"/> Arthrite                       |
| <input type="checkbox"/> Anémie                    | <input type="checkbox"/> Épilepsie             | <input type="checkbox"/> Anorexie                       |

Y aurait-il autre chose à ajouter concernant l'historique médical du patient ?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- OUI  NON Souffrez-vous de douleurs dentaires ?
- OUI  NON Ressentez-vous des craquements ou douleurs au niveau des articulations de la mâchoire ?
- OUI  NON Persistance de para fonction ? Succion du pouce ?

Autres ? \_\_\_\_\_

- OUI  NON Est-ce que vous fumez ?
- OUI  NON Avez-vous déjà consulté un orthodontiste ?
- Dans quel but ? \_\_\_\_\_
- OUI  NON Avez-vous déjà eu un traitement orthopédique ?
- Quand ? \_\_\_\_\_

Les informations fournies sont correctes et confidentielles;  
il est de mon devoir d'informer ce cabinet d'orthodontie si des changements se produisaient.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_