



CURIEL ORTHODONTICS
DESIGN YOUR SMILE

Informations sur le patient

NOM _____	PRÉNOM _____	SEXE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DATE DE NAISSANCE _____	ÂGE _____			
ADRESSE _____				
CODE POSTAL _____	VILLE _____	PAYS _____		
ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE _____		CLASSE _____		
TÉLÉPHONE (domicile enfant) _____		MOBILE (enfant) _____		
EMAIL _____@_____	FAX _____			
FAMILLE SOIGNÉE DANS NOTRE CLINIQUE		NOMS ET PRÉNOMS DES AUTRES ENFANTS		
_____	PRÉNOM _____	NÉ(E) LE _____		
_____	PRÉNOM _____	NÉ(E) LE _____		
_____	PRÉNOM _____	NÉ(E) LE _____		
_____	PRÉNOM _____	NÉ(E) LE _____		

Informations sur les parents

NOM DU PÈRE _____	NOM DE LA MÈRE _____
ADRESSE (si différente du patient) _____	ADRESSE (si différente du patient) _____
_____	_____
CODE POSTAL _____	VILLE _____
TÉLÉPHONE (professionnel) _____	TÉLÉPHONE (professionnel) _____
TÉLÉPHONE (mobile) _____	TÉLÉPHONE (mobile) _____
FAX _____	FAX _____
EMAIL _____@_____	EMAIL _____@_____
PROFESSION _____	PROFESSION _____

Assuré

NOM _____	PRÉNOM _____	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE _____
-----------	--------------	----------------------------------

Dentiste

NOM DU DENTISTE DU PATIENT _____	DATE DE DERNIÈRE VISITE _____
TEL _____	ADRESSE COMPLÈTE _____
NOM DU DENTISTE DES PARENTS _____	CODE POSTAL _____ TEL _____



CURIEL ORTHODONTICS
DESIGN YOUR SMILE

Historique médical et dentaire du patient

NOM DU DOCTEUR DU PATIENT _____ ADRESSE _____

- OUI NON L'enfant a t-il des problèmes de santé ? _____
- OUI NON L'enfant prend t-il actuellement des médicaments ? _____
- OUI NON L'enfant est-il allergiques à certains médicaments ? _____
- OUI NON L'enfant est-il allergiques à certains produits ou matériaux ? _____
- OUI NON L'enfant a t-il subit 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 hepatique | <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"/> Problèmes 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 L'enfant souffre t-il de douleurs dentaires ?
- OUI NON L'enfant suce t-il son pouce ?
- OUI NON L'enfant ressent-il des craquements ou douleurs au niveau des articulations de la mâchoire ?
- OUI NON L'enfant est-il suivi par un orthophoniste ? Dans quel but ? _____
Nom et adresse de l'orthophoniste _____
- OUI NON L'enfant a t-il déjà consulté un orthodontiste ? Dans quel but ? _____
- OUI NON A t-il déjà eu un traitement orthodontique ? Quand ? _____

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

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 des Parents/ Tuteur _____