



Dr Marie Hélène PLAUD  
CABINET  
D'ORTHODONTIE

16 Bis Rue Guy Le Garrec 29120 PONT L ABBE 09 81 81 44 57

**QUESTIONNAIRE MEDICAL ADULTE**

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Dentiste : .....

Taille : ..... Poids : .....

Etes-vous enceinte ? .....

• **Présentez-vous un(e) ou des : (si oui cochez et précisez)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire                             | <input type="checkbox"/> Troubles de la croissance    |
| <input type="checkbox"/> Maladie héréditaire                               | <input type="checkbox"/> Maladie virale               |
| <input type="checkbox"/> Troubles posturaux                                | <input type="checkbox"/> Troubles ostéo-articulaires  |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu                       | <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation   |
| <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires                             | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux           |
| <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques                            | <input type="checkbox"/> Epilepsie                    |
| <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Asthme                       |
| <input type="checkbox"/> Pathologie rénale                                 | <input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque         |
| <input type="checkbox"/> Pathologie chronique ou affection de longue durée | <input type="checkbox"/> Onychophagie (ongles rongés) |

• **Avez-vous subi :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un traumatisme facial   | <input type="checkbox"/> L'ablation des amygdales   |
| <input type="checkbox"/> Un traumatisme dentaire | <input type="checkbox"/> L'ablation des végétations |

• **Avez-vous :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Des difficultés à respirer | <input type="checkbox"/> Des angines fréquentes          |
| <input type="checkbox"/> Des rhumes fréquents       | <input type="checkbox"/> Des rhinopharyngites fréquentes |
| <input type="checkbox"/> Des otites fréquentes      |  |

• **Présentez-vous les signes suivants :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bouche ouverte dans la journée               | <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil                                    |
| <input type="checkbox"/> Succion du pouce, des doigts                 | <input type="checkbox"/> Taches de salive sur l'oreiller                      |
| <input type="checkbox"/> Succion de sa lèvre inférieure               | <input type="checkbox"/> Bruxisme (grincer des dents la nuit)                 |
| <input type="checkbox"/> Dort la bouche ouverte                       | <input type="checkbox"/> Tête en arrière pendant le sommeil                   |
| <input type="checkbox"/> Ronflements                                  | <input type="checkbox"/> Maux de tête le matin                                |
| <input type="checkbox"/> Cernes sous les yeux                         | <input type="checkbox"/> Anorexie au petit déjeuner                           |
| <input type="checkbox"/> Transpiration nocturne                       | <input type="checkbox"/> Lèvres gercées                                       |
| <input type="checkbox"/> Réveil difficile le matin                    | <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes fréquents                          |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars fréquents                         | <input type="checkbox"/> Somnambulisme  |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de concentration durant la journée | <input type="checkbox"/> Endormissement parfois sans raison durant la journée |

• **Etes-vous allergique ? :**

- |                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Latex  |
| <input type="checkbox"/> Pollen      | <input type="checkbox"/> Métaux |
| <input type="checkbox"/> Autres..... |                                 |

• **Prenez-vous actuellement des médicaments ? :**       oui     non

Si oui, lesquels et depuis combien de temps :

.....  
.....

Avez-vous d'autres problèmes à nous signaler ?

**Nous attirons votre attention sur l'importance de nous informer de tout nouveau problème médical survenant au cours du traitement.**

Date :

Signature :