



Dr FRIGUI & Dr PIC  
ORTHODONTIE

## Questionnaire administratif

### LE PATIENT :

Nom : PIC

Prénom : Emmanuel

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

Âge : ..... ans

Adresse :

Rue/Voie/Chemin.....

Code postal : .....

Ville : .....

Parents : Père Mr .....

Profession :

.....

Mère Mme .....

Profession :

.....

Pour toute situation familiale particulière (séparé, divorcé, décès ou autres), indiquer la personne s'occupant des papiers et des règlements.....

.....

N° de téléphone : Domicile : .....

Travail :

.....

Mobile : Père : .....

Mère :

.....

Enfant : .....

Adresse e-mail :

.....

### L'ASSURE :

Couvert par son père

Couvert par sa mère

Nom : ..... Prénoms :

.....

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

N° de Sécurité Sociale : ----/----/----/----/-----/-----/-----

Caisse régime général :

.....

Mutuelle complémentaire :

.....

Date ...../...../..... et signature :

## Questionnaire médical

**Médecin traitant:** Nom : ..... Prénom :  
..... Commune : .....

**Dentiste traitant:**

Nom : ..... Prénom : ..... Commune :  
.....

Personne qui vous a adressé au cabinet d'orthodontie :  
.....

Pour quel motif consultez-vous

?.....

L'enfant a-t-il déjà eu un traitement d'orthodontie auparavant

?.....

Si OUI : à quel âge ? ..... ans Pendant combien de temps ?  
.....

Où (Nom, Prénom, Ville de l'orthodontiste) ? .....  
.....  
.....

**RENSEIGNEMENT MEDICAUX :**

Allergies ?  Oui  Non Si oui, précisez :  
.....

Prend-il des médicaments de manière régulière ?  Oui  Non

Si oui, le (s) quel(s) ?  
.....

Traumatisme facial ?  Oui (âge : ..... ans)  Non

Quels types (chute, coup sur les dents .....):  
.....

A-t-il déjà consulté, ou est-il suivi par ?  un ostéopathe  un kinésithérapeute

un ORL  un orthophoniste

Si oui, précisez pour quelle raison  
.....

A-t-il déjà été opéré ?  Amygdales  Végétations  Autre, précisez :  
.....

Est-il sujet aux  Angines  Otites  Rhumes  Nez bouché

Autre, précisez : .....

Se plaint-il ?  du dos  de la tête  des dents

Autres, précisez : .....

A-t-il sucé ou a-t-il encore des habitudes de succion ?  Le pouce  Ses doigts

La sucette  Autre : ..... Jusqu'à quel âge ?  
.....

Ronge-t-il ses ongles ?  Pas du tout  Un peu  Beaucoup

DR SÉLIM FRIGUI & DR EMMANUEL PIC  
Orthodontistes

Titulaires du CECSMO  
Chirurgiens dentistes spécialistes qualifiés en ODF  
Diplômés de la Faculté de Montpellier

16, boulevard Maréchal Foch  
48100 Marvejols

Tél. : 04 66 45 14 17  
Email : forthodontie@gmail.com

Est-il de nature anxieuse ?     Pas du tout                       Un peu     Beaucoup  
A-t-il un sommeil ?             Léger     Lourd     Difficile (cauchemars)  
 Ronflement     Apnée du sommeil                       Grincement des dents pendant la nuit

Combien d'heures par nuit dort-il

? .....

Respire-t-il le plus souvent ?             Par la bouche                       Par le nez

A-t-il les lèvres gercées ?             Pas du tout     Un peu                       Beaucoup

A-t-il d'autres affections à signaler ?     Asthme     Epilepsie     Hépatite     HIV

Autre, précisez :

.....

Date ...../...../..... et signature :

DR SÉLIM FRIGUI & DR EMMANUEL PIC  
Orthodontistes

Titulaires du CECSMO  
Chirurgiens dentistes spécialistes qualifiés en ODF  
Diplômés de la Faculté de Montpellier

16, boulevard Maréchal Foch  
48100 Marvejols

Tél. : 04 66 45 14 17  
Email : [forthodontie@gmail.com](mailto:forthodontie@gmail.com)