

**Le PATIENT (de moins de 16 ans) :**

Nom : .....Prénom : .....

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

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

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Nom / prénom de l'Assuré : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Numéro téléphone : mobile..... fixe.....

Email : .....

N°sécu : .....

Adresse Sécurité Sociale : .....

Mutuelle : .....

CMU : OUI  NON

Le patient est-il adressé(e) chez nous par un Praticien (dentiste, médecin)? OUI  NON

Si OUI, nom Praticien.....

Nom du dentiste traitant.....

Nom du médecin traitant.....

Etes-vous adressé par un patient ? ..... OUI  NON

Avez-vous trouvé notre adresse dans l'annuaire, internet ? OUI  NON

Motif de la Consultation : .....

Quel bénéfice attendez-vous du traitement ?.....

.....

Activité sportive ou artistique (musique, dessin..) pratiquée par le Patient :

.....

**HISTORIQUE MEDICAL**

Nbre de frères et sœurs : ..... Rang dans la fratrie : .....

Naissance : Voie naturelle  Césarienne  Siège  Forceps

Autres  - Précisez : .....

A-t-il été allaité : - au sein ? OUI  NON

Si oui, combien de mois : .....

- au biberon ? OUI  NON

Si oui, combien de mois : .....

Age apparition des premières dents : .....

Maladie infantile : Quelle(s) maladie(s) infantile(s) votre enfant a-t-il eu ? .....

.....

Chirurgical : Quelle(s) intervention(s) a-t-il subie(s)?.....

**ORL / Allergie(s) :**

- Sensation de nez bouché :       en permanence       régulièrement       de temps en temps
- Ecoulement Nasal (mouchements, reniflements) :  en permanence  régulièrement  de temps en temps
- Prurit Nasal :       en permanence       régulièrement       de temps en temps
- Conjonctivite chronique :       en permanence       régulièrement       de temps en temps
- Dermatite atopique (localisée, généralisée) :      OUI  NON
- Dyspnée, toux à l'effort ou au jeu :      OUI  NON

Antécédents allergiques dans l'enfance

(Eczéma, bronchiolite, allergies alimentaires ou autres) :      OUI  NON

**Surinfections ORL récidivantes dans l'enfance :**

- A-t-il/elle eu des otites séreuses ?      OUI       NON       A quelle fréquence ?.....
- A-t-il/elle été opéré(e) des végétations ?      OUI       NON       A quelle date ?.....
- A-t-il/elle été opéré(e) des amygdales ?      OUI       NON       A quelle date ?.....
- A-t-il/elle eu des drains transtympaniques ?      OUI       NON       A quelle date ?.....

**Autres problèmes médicaux :**

Diabète       Hépatite       HIV       Rhumatismes       Antécédents cardiaques/HTA

Pbs neurologiques (épilepsie, paralysie)       Pbs psychologiques

Avez-vous un suivi médical ou paramédical particulier (médecin spécialiste, kiné, ostéo,...)

Si oui, lequel ?.....

Prenez-vous régulièrement un traitement ? OUI       NON       précisez :.....

**HISTORIQUE FONCTIONNEL**

A-t-il(elle) déjà été traité en Orthodontie, si oui : Où ? Pendant combien de temps? Quel appareillage ?.....

- A-t-il sucé ou suce-t-il ?  
 sonpouce       undoigt? Précisez:.....
- la tétine? jusqu'à quel âge?.....       autre ? Précisez:.....
- A-t-il des tics ?      OUI       NON       si Oui, précisez:.....
- Ronge-t-il ses ongles      OUI       NON
- A-t-il(elle) des difficultés pour :       Respirer       Mastiquer       Avaler       Parler
- Grincez-vous des dents ?      OUI       NON

A-t-il des craquements, des douleurs dans les mâchoires ?      OUI       NON

Traumatismes : (accident - chute - fracture - coup du lapin), précisez :  
.....

Céphalées (maux de tête) :      OUI       NON

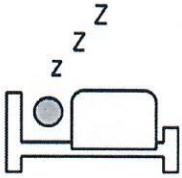
## HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte la dernière visite chez le dentiste ?.....

Lors des dernières visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ? OUI  NON

Si oui, lesquelles ?.....

A quelle fréquence se brosse-t-il(elle) les dents ?.....



## COMMENT DORMEZ-VOUS ?

Endormissement difficile ou retardé ?.....	OUI	NON
Ronflement fréquent et/ ou important ? .....	OUI	NON
Respiration bruyante ? .....	OUI	NON
Dort bouche ouverte / bouche sèche le matin ? .....	OUI	NON
Agitation nocturne ?.....	OUI	NON
Bruxisme ?.....	OUI	NON
Somnolence ? Somnambulisme ? .....	OUI	NON
Transpiration nocturne? .....	OUI	NON
Enurésie ? .....	OUI	NON
Céphalées matinales ?.....	OUI	NON
Troubles Concentration /Attention?.....	OUI	NON
« Hyperactivité » ? .....	OUI	NON
Difficultés Scolaires ?.....	OUI	NON

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales du patient.

Fait à.....date...../...../.....

Signature du représentant légal du (de la) patient(e)

### Protection des données personnelles

Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 – dit « RGPD » (Règlement européen – UE 2016/679 du 27 avril 2016) et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés – dite « Loi informatique & Libertés » modifiée par une loi du 20 juin 2018, vous avez un droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'effacement, de portabilité de vos données personnelles ou d'opposition pour motif légitime sous certaines conditions. Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement à votre Orthodontiste par voie électronique : [RGPD.lapouyade@gmail.com](mailto:RGPD.lapouyade@gmail.com) ou par voie postale en écrivant à : Cabinet du Docteur Véronique LAPOUYADE – Responsable de la Protection des Données – Le Clos Saint Marc – Bâtiment D – Route de Marseille – 83330 LE BEAUSSET. En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) d'une réclamation.



Dr véronique LAPOUYADE

Spécialiste Qualifiée en Orthopédie Dento Faciale

18 rte de Marseille le Clos St Marc bât D 83330 LE BEAUSSET