

Dr Alice LE COUR GRANDMAISON  
Docteur en chirurgie dentaire  
Spécialiste qualifiée en orthopédie dento-faciale

14, Bd d'Italie - 85000 La Roche sur Yon - ☎ : 02.51.46.29.64



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone privé : \_\_\_\_\_  
Mobile : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Nom dentiste : \_\_\_\_\_

Nom / Prénom assuré : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Date de naissance de l'assuré : \_\_\_\_\_  
Caisse de sécurité sociale : CPAM  MSA  RSI  Autre (préciser)   
Mutuelle : \_\_\_\_\_  
CMU-C  ACS contrat A  B  C

Quel est le motif de la consultation ? \_\_\_\_\_  
Comment avez-vous connu le cabinet (dentiste, ami, internet ...) \_\_\_\_\_  
Accepter vous d'être contacté pour les rappels de rendez-vous \_\_\_\_\_ oui  non   
Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Si oui laquelle \_\_\_\_\_ oui  non   
Prend-t-il régulièrement des médicaments ? \_\_\_\_\_ oui  non   
Votre enfant a-t-il :  
- de l'asthme ? \_\_\_\_\_ oui  non   
- des allergies (médicament, métal,...) ? Si oui précisez \_\_\_\_\_ oui  non   
Ronfle-t-il la nuit ? \_\_\_\_\_ oui  non   
Bave-t-il la nuit (tâches de salive sur l'oreiller le matin) \_\_\_\_\_ oui  non   
Est-il souvent enrhumé ? \_\_\_\_\_ oui  non   
A-t-il déjà été suivi par un spécialiste ORL ? \_\_\_\_\_ oui  non   
A-t-il été opéré des végétations ? \_\_\_\_\_ oui  non   
A-t-il été opéré des amygdales ? \_\_\_\_\_ oui  non   
Est-ce que des dents ont été endommagées par un accident ? \_\_\_\_\_ oui  non   
Votre enfant souffre-t-il de problème d'articulation de la mâchoire ? \_\_\_\_\_ oui  non   
Suce-t-il son pouce ou la sucette ? \_\_\_\_\_ oui  non   
A-t-il déjà entrepris un traitement d'orthopédie dento-faciale ? \_\_\_\_\_ oui  non

Je soussigné(e) .....représentant légal de ....., atteste l'exactitude de ces informations. En cas de modifications de l'état de santé et/ou des prescriptions médicales de ..... je m'engage à en informer son chirurgien-dentiste.

Date :

Signature des parents ou du tuteur légal :