

Docteur Damien VIDAL

Orthodontiste

Chirurgien-dentiste Spécialiste Qualifié
en Orthopédie Dento-Faciale

Certificat d'Études Cliniques Spéciales Mention Orthodontie (C.E.C.S.M.O)
Certificat d'Études Supérieures d'Orthopédie Dento-Faciale

Tel : 05 56 82 75 47 - Mail : secretariat@orthodontievidal.fr

Conventionné

N°RPPS : 10004019807



N°Assurance Maladie : 334705605



ETAT CIVIL et questionnaire ADMINISTRATIF

PATIENT

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse		
Code Postal	Ville	
Profession		
Numéro de téléphone	Adresse e-mail	

N° de Sécurité sociale

Centre de Sécurité Sociale

Nom et ville d'exercice du **chirurgien-dentiste traitant** :

Nom et ville d'exercice du médecin **généraliste, chirurgien, médecin du sommeil, ORL** :

Activités pratiquées (sports, musique, etc...) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Etes-vous ou avez-vous été(e) atteint(e) par l'une ou les affections suivantes ?

Cardiovasculaires (ex : malformations congénitales, valve aortique bicuspide, etc...)

Gastro-duodénales (ex : ulcère, hernie hiatales, etc...)

Hépatiques, vésiculaires, pancréatiques.

Intestinales (ex : maladie de Crohn, ectocolite hémorragique, etc...)

Neurologiques (ex : épilepsie, myéloméningocèle, troubles du spectre autistique, etc...)

QUESTIONNAIRE MEDICAL (suite)

Etes-vous ou avez-vous été(e) atteint(e) par l'une ou les affections suivantes ?

Psychiatriques (dépression, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, etc...)

Pulmonaires (asthme, mucoviscidose, embolie pulmonaire, etc...)

Rénales (maladies rénales chroniques, pyélonéphrites, etc...)

Uro-génitales (anomalies urologiques congénitales, infections des voies urinaires, etc...)

Endocriniennes (Maladies de la thyroïde, maladies hypophysaires, etc...)

Rachis (hernie discale, scoliose, lumbago, sciatique, polyarthrite rhumatoïde, etc...)

Gynécologiques (kystes, tumeurs, etc...)

Hématologiques (leucémie, hémophilie, etc...)

ORL (apnée du sommeil, otites, rhinites allergiques, etc...)

Ophtalmologiques (myopie, strabisme, etc...)

Dermatologiques (psoriasis, eczéma, dermatite atopique etc...)

Allergiques (alimentaires, médicamenteuses, perannuelle, etc...)

Maladies infectieuses et parasitaires (Infection VIH, MST, l'herpès labial, méningite, etc...)

Maladies des os et articulations (ostéogénèse imparfaite, ostéoporose, ostéomyélite etc...)

Cancers

Toute(s) autres maladie(s) ou anomalie(s)

Si un ou plusieurs «oui» veuillez préciser la ou les affection(s) concerné(es) :

Si vous ne présentez aucune affection veuillez cocher cette case

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX et autres

Etes-vous ou avez-vous été traité par **radiothérapie** ?

Avez-vous eu des **saignements prolongés** après une extraction chirurgicale ?

Etes-vous ou avez-vous été sous traitement par **biphosphonates** (ex : Aclasta®, Actonel®,...) ?

Avez-vous un **traitement médicamenteux en cours** ?

Si oui précisez :

J'atteste, l'exactitude des informations. Je m'engage à communiquer tout changement concernant mon état de santé et mes traitements médicaux.

Mr ou Mme :

Signature :

SELARL ORTHODONTIE VIDAL - 50, avenue de la côte d'argent - 33380 Biganos

Montant du capital social : 1500 euros - Immatriculation au RCS de Bordeaux - N° 880 746 326
SELARL de chirurgiens-dentistes inscrite au tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes - N° 59111

