

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	
Etablissement scolaire		
Numéro de téléphone	Adresse e-mail	

REPRÉSENTANT LÉGAL 1	Père	Mère	Tuteur
Nom	Prénom		
Adresse			
Code Postal	Ville		
Profession			
Numéro de téléphone	Adresse e-mail		

REPRÉSENTANT LÉGAL 2	Père	Mère	Tuteur
Nom	Prénom		
Adresse			
Code Postal	Ville		
Profession			
Numéro de téléphone	Adresse e-mail		

ASSURE SOCIAL	Le patient	Représentant Légal 1	Représentant Légal 2
N° de Sécurité sociale			
Centre de Sécurité Sociale			

L'assuré social bénéficie de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire), cochez cette case

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

Nom et ville d'exercice du **pédiatre, médecin généraliste, ORL et/ou allergologue** de l'enfant :

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

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le patient est-il ou a-t-il été atteint d'une ou des 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...)

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

Pulmonaires (asthme, mucoviscidose, etc...)

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

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

Endocrinienne (hypothyroïdie, puberté précoce, retard de croissance, etc...)

Rachis (scoliose, maladie de Scheuermann, etc...)

Gynécologiques (kystes, tumeurs, etc...)

Hématologiques (leucémie, infection VIH, 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 (bronchiolite, l'herpès labial, méningite, etc...)

Maladies des os et articulations (maladie d'Osgood-Schlatter, 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 le patient ne présente aucune affection veuillez cocher cette case

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX et autres

Le patient a-t-il été traité par **radiothérapie** ?

Le patient a-t-il eu des **saignements prolongés** après une extraction chirurgicale ?

Le patient est-il sous traitement par **biphosphonates** (ex : Aclasta®, Actonel®,...) ?

Le patient présente-t-il un **traitement médicamenteux en cours** ?

Si oui précisez :

J'atteste, en tant que représentant légal du patient, l'exactitude des informations. Je m'engage à communiquer tout changement concernant l'état de santé et/ou les traitements médicaux de l'enfant.

Mr et/ou Mme :

Signature(s) :

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

