

## Docteur Cyrille Lobot

DU d'Occlusodontologie et Réhabilitation Orale Fonctionnelle - Université Lille II  
DU de Prise en Charge des Douleurs Crânio-Cervico-Faciales - Université Paris V  
Membre de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale  
Membre de la World Federation of Orthodontists

Adeli : 9744 09 187 – RPPS : 1 0000 7 00525 – SIRET : 503 820 284 00035

**52 quater route Nationale 2**

**97412 Bras Panon**

Téléphone : **0262 41 70 50**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### *Patient (e)*

Nom

.....

Prénom

.....

Date de naissance

.....

Titre (Melle, Mme, M)

.....

N° de sécurité sociale sur lequel est le patient

.....

Adresse

.....

.....

.....

Mail (pour vous envoyer des documents)

.....

Numéro de portable (un ou 2 numéros)

.....

Numéro de fixe

.....

### *Assuré (e)*

Nom

.....

Prénom

.....

Profession

.....

Date de naissance

.....

Titre (Melle, Mme, M)

.....

Lien avec le patient (père, mère, tuteur, grands-parents, ...)

.....

**Divers**

Caisse de sécu (CGSS, CPAM, MGEN, CNMSS, ... - à ne pas confondre avec la mutuelle)

.....

Oui  Non – avez-vous la CMU

Oui  Non – avez-vous l'ACS

Dentiste traitant du patient

.....

Comment avez-vous connu le cabinet (ami, dentiste, ...)

.....

**Dysfonctions du patient (e)**

Oui  Non – le patient respire généralement par la bouche

Si oui pourquoi

.....

.....

.....

.....

Oui  Non – le patient est souvent enrhumé

.....

.....

.....

.....  
 Oui  Non – le patient ronfle régulièrement

.....  
 Oui  Non – le patient a sucé son pouce

Si oui à quel âge a-t-il arrêté

.....  
S'il n'a pas arrêté à quel moment de la journée, à quels endroits, dans quelles circonstances suce-t-il son pouce

.....  
 Oui  Non – s'il n'a pas arrêté vous avez essayé de mettre un gant, un vernis, ou autre la nuit pour l'y aider

.....  
 Oui  Non – le patient a eu une tétine

Si oui à quel âge a-t-il arrêté

.....  
 Oui  Non – le patient interpose sa lèvre inférieure entre ses dents

Autres remarques

.....  
.....  
.....  
.....

# QUESTIONNAIRE MEDICAL

Oui  Non – **Problèmes de santé (sauf allergies)**

Si oui lesquels

.....  
.....  
.....  
.....

Oui  Non – **Médicaments pris régulièrement**

Si oui lesquels et pourquoi

.....  
.....  
.....  
.....

## **Allergies connues**

Oui  Non – à des médicaments

Si oui lesquels

.....  
.....

Oui  Non – au latex

Oui  Non – à la résine

Oui  Non – à des métaux

Si oui lesquels

.....  
.....

Oui  Non – à des produits anesthésiants

Oui  Non – à l'iode

Oui  Non – autres :

.....  
.....

Oui  Non – **A déjà consulté un ORL**

Traitement ou intervention réalisés

.....  
.....  
.....  
.....

Oui  Non – **A déjà consulté un orthodontiste**

Traitement réalisé

.....

.....  
.....  
.....  
**Nombre de semestres utilisés .....**

Je certifie sur l'honneur que le nombre de semestres utilisés n'est pas supérieur à celui indiqué

**A ce jour et dans les 3 dernières semaines, le patient a-t-il eu des signes évocateurs du Covid19 (groupe D)**

- Oui  Non – fièvre > 38°.
- Oui  Non – perte ou baisse de goût soudaine
- Oui  Non – perte ou baisse d'odorat soudaine
- Oui  Non – fatigue soudaine inexpliquée
- Oui  Non – diarrhées, vomissements
- Oui  Non – difficultés respiratoires, essoufflement.
- Oui  Non – toux sèche
- Oui  Non – maux de gorge
- Oui  Non – courbatures inexpliquées
- Oui  Non – céphalées (hors migraines connues)
- Oui  Non – conjonctivite
- Oui  Non – éruptions cutanées
- Oui  Non – altération de l'état général

..... : date de fin de la fièvre  
..... : date de fin des difficultés respiratoires  
..... : date de début des symptômes

- Oui  Non – a-t-il eu un test Covid19 ?
- .....

**Dans les 2 dernières semaines, le patient a-t-il (groupe C)**

- Oui  Non – côtoyé étroitement une personne diagnostiquée Covid 19
  - Oui  Non – côtoyé étroitement une personne présentant les signes ci-avant
- .....

**Facteurs de risque Covid19 (groupe B)**

- Oui  Non – plus de 65 ans
- Oui  Non – antécédent d'AVC, de coronopathie, de chirurgie cardiaque
- Oui  Non – insuffisance cardiaque
- Oui  Non – hypertension artérielle avec complications cardiaques, rénales, vasculo-cérébrales
- Oui  Non – diabète non équilibré ou présentant des complications

- Oui  Non – pathologie chronique respiratoire (asthme sévère, apnée du sommeil, BPCO, mucoviscidose)
- Oui  Non – insuffisance rénale chronique dialysée
- Oui  Non – immunodépression congénitale ou acquise
- Oui  Non – cirrhose au stade B ou C du score Child Pugh
- Oui  Non – obésité (indice de masse corporelle > 30)
- Oui  Non – syndrome drépanocytaire majeur
- Oui  Non – antécédent de splénectomie (ablation de la rate)
- Oui  Non – grossesse au 3<sup>ème</sup> trimestre

**Accompagnant**

- Oui  Non – l'accompagnant du patient à son prochain RDV aurait répondu oui à l'une des questions précédentes

Si oui laquelle

.....  
.....  
.....  
.....

**Remarques**

.....  
.....  
.....  
.....

VILLE : .....

DATE : .....

NOM DU PATIENT : .....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL OU DU PATIENT MAJEUR