

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom et prénom du patient :Date de naissance :.....

Nom et prénom du représentant légal (Assuré) si le patient est mineur :

.....

Adresse mail :N° de téléphone :.....

Entourez les bonnes réponses s'il vous plaît

- Souffre-t-il d'une affection ?..... OUI NON
Si oui, laquelle.....
- *Diabète..... OUI NON
*Hépatite..... OUI NON
*HIV..... OUI NON
*Problèmes respiratoires..... OUI NON
- Si oui, un bilan ORL a-t-il été effectué ?.....
- A-t-il été opéré des amygdales et/ou des végétations ?..... OUI NON
Souffre-t-il de ronflement nocturne ?..... OUI NON
Prend-il des médicaments ?..... OUI NON
Si oui, lesquels
- Allergies particulières ?..... OUI NON
Si oui, précisez.....
- A-t-il déjà eu de graves réactions allergiques ?..... OUI NON
Ses mâchoires se bloquent-elles ?..... OUI NON
Les articulations des mâchoires craquent-elles ?..... OUI NON
Les articulations des mâchoires sont-elles douloureuses ?..... OUI NON
Ronge-t-il ses ongles ?..... OUI NON
Tête-t-il sa langue ?..... OUI NON
Suce-t-il son pouce ?..... OUI NON
Suce-t-il un objet ? (tétine, mouchoir, drap, stylo...)..... OUI NON
A-t-il été suivi ou est-il suivi par un orthophoniste ?..... OUI NON
Si oui, pour quelle raison.....

J'atteste l'exactitude de ce document. Je signalerai toute modification de l'état de santé et des prescriptions médicales du patient.

Fait à..... le.....

Signature du patient (ou du représentant légal si le patient est mineur)