

**Docteur Douha SABEK-KARAM**  
**Spécialiste en orthodontie**

**Votre chirurgien-dentiste**

Nom :

Tél :

Autres informations que l'orthodontiste doit connaître pour le bon déroulement du traitement :

Pensez à nous informer de tout changement de votre état de santé, de votre changement d'adresse, etc., lors de vos prochains rendez-vous.

Fait à Tours, le

Signature

*La tenue de votre dossier est assurée sur un support informatisé, protégé selon les normes de sécurité en vigueur. La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 vous donne un droit d'accès et de rectification.*

<b>Fiche d'informations confidentielles</b>	
Nom : Prénom(s) :	Date de naissance :
Adresse : Rue : Ville : Code postal :	Contacts : Tél domicile : Tél portable : Courriel :
Nom et prénom de l'assuré :  N° SS :	Caisse de sécurité sociale :  Complémentaire santé :  CMU:    oui    non
Nom et prénom du détenteur de <b>l'autorité parentale</b>  Nom de la <b>personne accompagnant</b> l'enfant et son lien de parenté	Profession  Niveau Scolaire (pour les mineurs)
Êtes-vous adressé par un praticien, une connaissance?	Motif particulier de la consultation (s'il y en a un)

<b>Informations médicales</b> Êtes-vous atteint (ou l'avez vous été) de l'une des affections suivantes	Dates, traitements, interventions, remarques...
<b>CARDIAQUES</b> (souffle cardiaque, angine de poitrine, infarctus, hypertension, athérosclérose...)	
<b>RESPIRATOIRES</b> (bronchite chronique,...)	
<b>ALLERGIQUES</b> (asthme, allergies aux anesthésiques, aux antibiotiques, à l'aspirine, à certains aliments,...)	
<b>DIGESTIVES</b> (nausées et vomissements, brûlures d'estomac, ulcère,...)	
<b>SANGUINES</b> (traitement anti coagulant, hémophilie, saignement fréquent et prolongé...)	
<b>VIRALES</b> (hépaete virale A, B, C, HIV,...)	
<b>NERVEUSES</b> (perte de connaissance, malaise, état dépressif, épilepsie,..)	
<b>HORMONALES</b> Diabète, Problèmes Thyroïdiens,...	
Traitement par <b>Rayons X</b>	
Avez-vous ressene ces derniers jours de la fièvre, de la toux, des courbatures, ou une perte d'odorat ou de goût ? Avez-vous contracté le <b>COVID19</b> ? L'un de vos proches a-t-il contracté le <b>COVID19</b> ?	

<b>Informations médicales</b> Êtes-vous atteint (ou l'avez vous été) de l'une des affections suivantes	Dates, traitements, interventions, remarques...
<b>ORL</b> Amygdalectomie, ablation des végétations	
<b>Suivi psychologique</b> ou aide par une assistante sociale	
<b>Orthophonie</b> Nombre de séances faites et en cours Nom de l'orthophoniste	
<b>Tics ou habitudes</b> Succion du pouce, biberon, tétée de la langue,...	
<b>Orthodontie</b> Traitement antérieur ou en cours, abandon, ... Nom de l'orthodontiste	
<b>Traitement buccodentaire en cours ?</b> Parodontal ?	
<b>Traumatisme dentaire</b> Avez-vous subi un choc ou un traumatisme sur une dent ? Si oui quoi, quand et les suites éventuelles	
<b>Thérapeutiques parallèles</b> Homéopathie, ostéopathie	
<b>Votre médecin traitant</b> Tél	